M. H. SAXTORPH:

CLINISK CHIRURGI.


22101809744

CLINISK CHIRURGI.

FORELÆSNINGER FOR STUDERENDE
VED KJØBENHAVNS UNIVERSITET.

AF

M. H. SAXTORPH,
PROFESSOR.

2den Deel:

Regionernes Sygdomme.



KJØBENHAVN.
GYLDENDALSKE BOGHANDELS FORLAG (F. HEGEL & SØN).
TRYKT HOS J. JØRGENSEN & CO.
1878.

Indhold.

Region-Chirurgi.

Morbi capitis.

Morbi colli.

Morbi thoracis.

Morbi abdominis.

1.

Tumores cranii.

Mine Herrer!

Efterat vi i de sidste Timer have holdt os til traumatiske Affectioner af Craniet, ville vi idag beskjæftige os med de organiske Læsioner paa denne Deel. — De kjende jo de gamle Benævnelser „traumatisk“ og „organisk“ og vide hvad vi forstaae derved. — I de fleste Haandbøger benytter man som bekjendt en saadan Ordning eller Classification af de chirurgiske Sygdomme, at man afhandler dem under 3 Grupper, traumatiske, vitale og organiske. Til de første regner man da Vulnera og Contusioner, Distorsioner og Rupturer, Luxationer og Fracturer, Hernier og Prolapser, fremmede Legemer, Forbrændinger etc., kort sagt saadanne Tilfælde, som ialmindelighed optræde som Følge af en ydre Vold, eller som i det Hele opstaae pludseligt ved en Forstyrrelse i Organismen af mechanisk, physisk Aarsag. — Til de vitale regnes de inflammatoriske og de nervøse Lidelser. — Til de organiske henføres de Sygdomme, ved hvilke Vævenes naturlige Sammensætning er forandret eller hvor der findes nye Dannelser, „accidentelle Productioner“; altsaa indbefatter denne Gruppe alle de saakaldte „Svulster“ og Degenerationer.

Classificationen tjener naturligviis meest til at faae en Orden i den systematiske Fremstilling af de chirurgiske Sygdomme, men i Virkeligheden er der ikke altid nogen skarp Grændse imellem de tre Grupper; da Benævnelserne imidlertid have faaet Hævd i Chirurgien, ville vi dog vedblive at bruge dem, og saaledes kalder jeg de Sygdomme paa Hovedet, hvilke vi idag skulle see, for organiske, da de gaae ind under Begrebet af „tumores“.

Vor første Patient er da en Kone, mellem 30 og 40 Aar gammel, som er kommet herind for at faae gjort Noget ved en Svulst, som hun har havt i 15—16 Aar. Det er en fluctuerende Svulst i høire regio mastoidea, siddende lidt over selve processus mastoideus og noget bagved Øret; den er omtrent saa stor som en Valdnød, dækket af naturlig Hud, der er temmelig løst hæftet til den, medens dens Basis hænger noget fastere ved Underlaget. Da denne tumor er fluctuerende, kunde det maaskee være en serøs Cyste eller der kunde findes et andet Fluidum i den.

Naar man paa dette Sted seer en fluctuerende Hævelse, kommer man først til at tænke paa, om den kunde udgaae fra selve Craniet; Abscesser findes nemlig hyppigt paa dette Parti som Følge af en ostitis eller periostitis, der hænger sammen med Sygdommene inde i Øret, navnlig i cellulæ mastoideæ. I vort Tilfælde ligger dog Svulsten snarere lidt over proc. mastoideus; hun har endvidere baaret den i en Mængde Aar, og da der slet ikke findes noget Tegn paa Sygdom i Øret, maa en saadan Mulighed vel udelukkes.

Svulsten maa derimod nærmest antages at være af en cystisk Natur og hører da rimeligviis til de saakaldte mucøse

folliculære eller sebace Cyster. Disse er i det Hele overmaade hyppige og især paa Hovedet, og de have vel altsaa deres Oprindelse fra glandulæ sebaceæ. De sebace Cyster ere de første, ved hvilke man har fremstillet den saa almindelige Dannelsesmaade igjennem en Retention, og A. Cooper er vel den, der først tydeligt har beskrevet deres Udvikling igjennem forskjellige Stadier. Endskjøndt de Fleste vistnok nutildags ere enige i at betragte saadanne mucøse Cyster paa den Maade, som Cooper har angivet, findes der dog Enkelte, saaledes Paget i England, som benægte denne Oprindelse, idet han — idetmindste for endeel af disse Svulsters Vedkommende — vil antage dem for nydannede „neogene" Cyster og stiller dem sammen med de dermoide, hvilke jeg kommer til nærmere at omtale ved den følgende Patient.

Glandulæ sebaceæ, hvorfra vi ville antage at disse mucøse Cyster udgaae, forholde sig noget forskjelligt, idet de kunne findes baade paa en behaaret og en ikke behaaret Deel af Legemet. Paa nogle Steder munde de altsaa frit ud i Huden, men som oftest udmunde de i Haarfolliklerne, almindeligt to i hver af disse (een fra hver Side). Saaledes findes de paa Hovedet, hvor denne Patients Svulst jo har sit Sæde. Naar een af disse Glandler udvides ved en Tilstopning af dens Munding, antager den lidt efter lidt, under den stærkere Udspiling, en Kugleform, og hæver sig ialmindelighed samtidig over Hudens Niveau; men da Svulsten er udgaaet fra en Glandel, som hører til corium, saa følger deraf, at man maatte kunne paavise en Sammenhæng imellem dem. Cystens Aabning udad viser sig ogsaa i den første Tid som et sort Punct, hvilket man i Form

af en Orm kan presse ud af den udvidede Glandel; senere er vel Aabningen fuldstændigt lukket, saa at der ikke længer kan udtrykkes Noget af den, men Svulsten hænger dog paa dette Sted fast til Overfladen, medens den tilligemed corium maaskee kan forskydes endeel imod Underlaget.

Hos vor Patient er Dette derimod ikke Tilfældet, idet Svulsten synes at ligge helt under Huden og endog at adhærere til den underliggende Flade; men saa maae vi erindre, at folliculi piliferi her paa Hovedet gaae meget dybt ned og at Glandlerne ligeledes ligge temmelig dybt i corium. Naar der da ved Retention opstaaer en Cyste, har denne allerede fra Først af sit Sæde i en vis Afstand fra Overfladen, og efterhaanden som den voxer og skal skaffe sig større Plads, vil den snarest finde denne i det subcutane Cellevæv. Hvor dette var kort og stramt adhæreret til en underliggende Fascia, kunde man endog tænke sig, at Cysten udviklede sig endnu dybere, saaledes f. Ex. under galea.

Det er derfor vistnok ikke nødvendigt, hvis en mucøs Cyste laae under galea, at følge Paget's Mening, at Svulsten var uafhængig af en gl. sebacea eller at den var neogen. Vi ville altsaa dog i vort Tilfælde diagnosticere en tumor sebaceus og vi ville ikke lægge nogen Vægt paa, at det tidligere omtalte sorte Punct, som skulde svare til Glandlens oprindelige Udmunding, mangler her; Cysten har jo bestaaet i en saa lang Række af Aar, at dette Tegn næppe kunde ventes at existere nu.

Ved Behandlingen af disse Svulster kan man slaae ind paa forskjellige Veie. A. Cooper, der som sagt var den Første, som antog at Cysterne vare en videre Udvikling af Comedoner, og som iagttog en saadan tumor hos sig selv

paa Ryggen, fortæller, at han ved jævnligt at trykke dens Indhold ud, undgik at tye til nogen Operation. Da dette ikke lader sig gjøre hos vor Patient, maae vi anvende en anden Behandling: man kunde da udtømme Indholdet ved en fiin Trocart med eller uden Dieulafoy's Aspiration, men da det pleier at være en grødet, halvtyk Masse, der udfylder Huulheden, vilde det næppe lykkes; desuden vilde en saadan Udtømmelse kun være palliativ, da Indholdet snart vilde reproduceres. Man har ogsaa tidligere anvendt Incision, hvorved det Ansamlede naturligviis let kunde fjernes og Huulheden skulde da læges til ved Suppuration, men denne er ialmindelighed ganske overordentligt langvarig.

Derfor bruger man nu saagodtsom altid at fjerne hele Sækken, og det kan man gjøre enten ved Kniven eller ved Cauterisation. Sækken er dog for det Meste meget tynd, saa at det bliver vanskeligt at præparere den heelt ud, og man efterlader jo ialtfald en Huulhed, som kunde give de Ulemper, der i det Hele følge med Saar, der ere frembragte ved Incisioner. Det er desuden bekjendt nok, at vulnera paa Hovedet, mere end paa noget andet Sted af Legemet, ofte compliceres med erysipelas og phlegmone. Cauterisationen har derimod den Fordeel, at den langt mindre giver Anledning til erysipelas, og de franske Hospitalslæger, der nære stor Frygt for denne Complication, raade derfor bestemt til at foretrække Cauterisation. Denne gaaer ud paa at løsne Sækken fra sine Omgivelser, idet man fremkalder en Suppuration i Omfanget; Hensigten er altsaa ikke at destruere Svulsten ved Cauterisation, som naar man ellers destruerer Væveene ved at cauterisere dem. Man sætter blot en lineær Stribe paa Huden over Svulstens

Længdeaxe, idet man enten med kali causticum eller med pasta Viennensis frembringer en escara, som derpaa overlades til sig selv. Efter nogen Tids Forløb (et Par Uger) elimineres det gangrænerede Hudparti paa sædvanlig Maade, men samtidig bliver Svulsten, der jo hænger sammen dermed, løsnet fra alle Sider ved Suppuration, og naar den lille escara borttages, følger hele den indskrumpede Cyste med. Operationen er ikke saa meget smertefuld. den foranlediger ingen febril Reaction, der behøves aldeles ingen Forbinding, og Patienten kan gaae omkring uden at tage nogen Notice af Sygdommen eller Operationen, indtil den hele Svulst endelig fjernes spontant eller ved at fatte den med en Pincet og trække lidt i den. Nu er der kun en lille granulerende Huulhed tilbage, som med Lethed læges.

Det er denne lille Operation, som De nu skulle see mig foretage, idet jeg blot vil gnide frem og tilbage over Svulsten med dette Stykke lapis causticus, indtil jeg seer, at der er dannet en Fure ind i corium.

Den næste Patient, m. H., kjende De fra Practicantstuen, hvor han var indlagt for en epididymitis gonorrhoica. Men desuden har han en tumor paa Hovedet ved den yderste Ende af høire supercilium, og det er denne Svulst, hvis Natur vi skulle see at komme paa det Rene med. Den er noget mindre end den Cyste, som jeg viste Dem hos den forrige Patient — jeg vilde ligne den med en stor Nød —, men den er iøvrigt ogsaa indolent, og adhærerer til periostium og til mg. supraorbitalis, medens Huden er naturlig

og forskydelig over den. Consistensen er elastisk eller maaskee fluctuerende.

Denne Svulst er medfødt, er efter Patientens Relation næsten slet ikke voxet siden den Tid og er altsaa benign, da den nu har bestaaet i 27 Aar uden at genere ham i mindste Maade. En saadan blød, benign tumor vilde sandsynligst antages for at være enten en erectil Svulst eller en Cyste eller et Lipom. De erectile Svulster ere jo hyppigst congenite og sidde fortrinsviis paa Hovedet eller i Ansigtet; denne kunde ogsaa være af den Art, thi det er ikke nødvendigt, at de skulle være cutane eller frembyde den eiendommelige Decoloration af Integumenterne. Stundom sidde de subcutant og give da ikke Anledning til nogen Farvning af Huden; men Dette er dog sjeldnere og desuden vilde en erectil Svulst, der laae saa tæt op under en meget fortyndet Hud, vist altid vise nogen Farveforandring.

Vi maae da ogsaa tænke os den Mulighed, at den kunde være udgaaet indvendigfra, at det kunde være et encephalocele eller meningocele; men der er intetsomhelst Symptom, som kunde tyde derpaa, den er fuldstændigt fri for al Connexion med cerebrum, den har heller ikke nogen Compressibilitet, ligesaalidt som Pulsation eller souffle — hvad der ogsaa taler imod en arteriel Svulst. De cerebrale tumores findes desuden hyppigst ved os occipitis eller ved radix nasi. Vi have altsaa her ikke at gjøre med nogen vasculær eller cerebral Svulst.

Den giver fuldstændigt Fornemmelsen af et Lipom, adhærent til Underlaget og ikke til Huden, og paa det ossøse Underlag vilde et Lipom kunne have denne elastiske, halv

fluctuerende Consistens. Men Lipomer ere saa meget sjeldne i denne Region; de findes sædvanligt paa Extensorsiden af Extremiteterne og truncus og ere maaskee aldrig medfødte.

Nu paastaaer han bestemt, at den har været tilstede ved Fødslen og at den allerede dengang skal have havt næsten samme Volumen som nu; ialtfald maa den dog have havt en vis Størrelse, da den strax blev opdaget af Barnets Omgivelser. Vi have altsaa det Tredie tilbage, nemlig en Cyste, og det er det sikkerligt. Hvorfra kommer da denne Cyste, og paa hvilke Maader opstaae Cyster i det Hele taget? I forrige Aarhundrede sagde man jo, at en Cyste var en „enkysteret Vædske“; senere hævdede Bichat, som bekjendt, at det i Reglen var en præformeret Huulhed, som fyldtes med Vædske eller med „sit eget Secret“. Saa opstillede Cruveilhier de cystiske Svulster som opstaaede deels af præexisterende Huulheder, deels consecutivt, saaledes at Vædsken var det Oprindelige, og endelig har Broca i sin store Monographi om Svulster kaldt dem progene og neogene. Hvilken af disse 2 Arter have vi nu her? Der er een progen Cyste, som er hyppigere end alle andre og netop saa hyppig paa Hovedet; det var en saadan vi saae hos den forrige Patient, der havde en tumor sebaceus. Vi sagde ogsaa, at disse Cyster paa Grund af Forholdene paa Craniet kunde vise sig som subcutane, men her ligger Svulsten ikke blot subcutant, den er med sin Basis endog tilsyneladende indsænket i Benet. Hvis vi kom til at undersøge dens Indhold, vilde vi vistnok finde, at der ikke blot fandtes en fedtagtig Masse inde i den, men rimeligviis ogsaa endeel Haar, og dernæst vilde Cystens Indre aldeles ligne den almindelige Hud. Det er dette aparte Forhold,

som Paget betegner som en Heterotopi, en Nydannelse, der er dannet paa samme Maade som Hudorganet, saaat endog den indvendige Membran har Haarfollikler, der producere de mange og lange Haar, som man kan finde i disse „dermoide“ Cyster.

Den rigtigste Forklaring er dog efter min Mening, naar man betragter dem som „foetale“ Dannelser. — Men ved foetale Cyster har man atter forstaaet forskjellige Ting; tidligere har man været meest tilbøielig til at stille dem i Liighed med de Monstrositeter, som bestaae i en Forbindelse af 2 (mere eller mindre fuldstændige) Individer, f. Ex. de siamesiske Tvillinger. Derfra dannedes der en Overgang til de Monstrositeter, hvor der fandtes f. Ex. 2 Hoveder eller flere Par Underextremiteter paa een truncus, og endelig skulde da Sammensmeltningen af 2 Individer vise sig saaledes, at det ene var indesluttet i det andet (inclusio foetalis). Som Exempler paa disse Abnormiteter har man anført Ovariecyster, der indeholdt Dele af et andet foetus, nemlig ikke blot Haar, men navnlig Tænder og Been; man har endog sagt, at man kunde kjende en maxilla superior med dens tilhørende Tænder i saadanne Svulster. Det er dog ikke Andet end en Hypothese; jeg vil ikke blot bemærke at man finder Haar, der ere flere Alen lange, det kunde dog snarere forklares, men man har fundet indtil 300 Tænder i den samme Svulst; disse kunne dog ikke hidrøre fra et enkelt, indesluttet Individ. Naar man dernæst har fundet endeel af disse Tænder at sidde fast i en „Beenklump“, saa har man villet paastaae, at det var maxilla sup. eller inf. — fordi Tænderne sade fast deri. Denne Forklaring af Dermoidcysterne er vist ikke

correct; derimod er det factisk, at de ofte indeholde en „Haarklump“ eller enkelte meget lange Haar, dernæst en „Grød“, bestaaende af Fedtmasser og Epithel, og endelig, at der i visse Tilfælde er fundet ossøse Dannelser og Tænder; alle disse Dele maa man helst betragte som udviklede fra Cystens Væg.

Derimod er det i en ganske anden Forstand at jeg vil kalde vor Patients Svulst „foetal“, idet jeg opfatter den som Følgen af en standset Udvikling i Foetallivet. De vide, m. H., at Hovedet udvikles igjennem forskjellige Stykker, som bagfra voxe fremad, indtil de forenes i Midtlinien, og i denne tidlige Periode ere adskilte ved mellemliggende Spalter (Gjællebuer og Gjællespalter). Der er saaledes een Spalte imellem den Deel, der danner Panden (Frontallappen) og den Bue, som skal blive til maxilla super.; denne Spalte svarer netop til den yderste Deel af orbita, det vil sige: det Sted, hvor de dermoide Cyster findes i cauda supercilii. — Hvis nu denne øverste Gjællespalte ved en Forstyrrelse af den normale Udvikling ikke kommer til at lukke sig igjennem sin hele Dybde, men Hudrandene voxe saaledes sammen, at de komme til at indeslutte et lille Stykke Hud, saa frembringes derved en aflukket Hule, hvis Vægge ere liig den ydre Hud, og fra disse udgaae da de almindelige Dannelser af Haar, Epithel og Fedt, som vi netop finde i de dermoide Cyster. Deraf kommer det ogsaa, at disse altid hænge sammen med Benet, endog stundom synes at sidde ind i en Beenspalte og heller ikke kunne løsnes paa den Maade som de sebace Cyster, ved en Cauterisation. Naar nemlig escara elimineres, kan man ikke trække Svulsten ud med, fordi den er saa intimt for-

bundet med sit Underlag, og man kan derfor kun fjerne dem ved en almindelig Dissection med Kniven. Exstirpationen bliver dog sjeldnere anvendt, fordi Patienterne aldeles ikke generes af Svulsten, som desuden ikke pleier at opnaae noget stort Volumen. Her bliver der ialtfald Intet at gjøre, da Patienten ikke har den mindste Ulempe af sin Sygdom og maaskee aldeles ignorerer dens Existens; jeg er næsten vis paa, at han knap seer den selv, fordi den har været tilstede fra hans allertidligste Barndom.

2.

Tumores cranii.

Mine Herrer!

Medens jeg i forrige Time viste Dem 2 Svulster paa Hovedet, der vare temmelig lette at diagnosticere og høre til de hyppigt forekommende, har jeg nu 2 Patienter, der rigtignok frembyde Exempler paa tumores capitis, men disse ere af en ganske anden Beskaffenhed, og deres Diagnose er baade vanskeligere og maaskee ikke engang aldeles sikker.

Denne Mand, ca. 30 Aar gammel, som er kommet herind for at underkaste sig en Operation, har som De see en Svulst af Størrelse som et Æg paa den øverste Deel af pars capillata capitis. Han har havt den i 10 Aar, i hvilke den langsomt er voxet til sit nuværende Volumen, den er aldeles indolent og generer ham kun ved at prominere saameget, at det „seer stygt ud". Han er iøvrigt fuldstændig rask.

Naar vi nu føle efter, finde vi, at den er bedækket af fuldkommen sund Hud, der kan forskydes over den; Haarene mangle heller ikke paa dette Parti. Den er af oval Form, lidt applaneret ovenfra nedad, føles ligesom lappet eller ialtfald ujævn paa sin Overflade, som om den kunde bestaae

af flere lobuli. Den er af en halvfast Consistens, intetsteds fluctuerende, kan neppe forskydes synderligt imod Craniet, men ligger sikkert i sin Heelhed udenpaa dette.

Svulsten er altsaa vistnok benign; den er ikke medfødt, ligger lige under Huden, og det Første, vi komme til at tænke paa, er, at det maatte være en follikulær Cyste. I de 19 af 20 Tilfælde vilde vi vistnok ogsaa have Ret i denne Diagnose, men i det 20de vilde vi kunne tage feil, og netop her er det ikke nogen Cyste. Det er uden Tvivl et Lipom, hvilket rigtignok hører til Sjældenhederne i pars capillata, men jeg har dog for kort Tid siden exstirperet en saadan Svulst hos en yngre Mand. Hvad der strax forekom mig aparte ved at see denne Svulst, var at Haarene vare uskadte over hele Prominensen; ved saa store Cyster, som have varet i 10 Aar, vilde vi næsten altid finde en skaldet Plet paa Hovedet; dermed vil jeg ikke sige, at det skulde være et pathognomonisk Symptom til at adskille de sebace Cyster fra andre Svulster, men det ledede mig idetmindste til at undersøge Consistensen med større Omhyggelighed, og jeg troer da at kunne sige med Sikkerhed, at Patientens tumor ikke er en enkelt cystisk Svulst, men har en lappet Sammensætning, at den dernæst heller ikke er fluctuerende, og endelig at den ligger heelt under Integumenterne.

Ialtfald ville vi snart faae Sagen afgjort, da jeg nu vil foretage Exstirpation og lade Dem selv undersøge Svulsten, naar den er fjernet; der kan ikke her være Tale om at behandle den med lineær Cauterisation, ligesaalidt som jeg vilde gjøre det ved den dermoide Cyste i regio supraciliaris, men den skal dissekeres ud med Kniven. Derefter vil jeg

indlægge et Drainrør i den ene Ende af Saaret og forøvrigt ved en comprimerende antiseptisk Forbinding søge at faae Huulhedens Vægge trykket sammen.

De saae, m. H., at Svulsten udskrælledes med største Lethed og at det er et almindeligt, lappet, noget fast Lipom.

Jeg skal dernæst vise Dem den anden Patient, hvis Sygdom er særdeles vanskelig at diagnosticere. Det er en lille Dreng, ca. 10 Aar gammel, fra Jylland, der er sendt herover af den Læge, som hidtil har havt ham under Behandling. — For $^3/_4$ Aar siden stødte han sig med en Jernstang paa det Sted af Hovedet, hvor nu hans Sygdom findes. Det smertede ham ikke meget; men efterhaanden har der udviklet sig en tumor, og for $^1/_4$ Aar siden henvendte han sig da til den omtalte Læge, der tilsidst raadede ham til at reise herover, da Behandling med tra jodii udvendig og en Punctur, hvorved kun udflød lidt Blod, ikke har frembragt nogen Forandring. Patienten har forøvrigt været aldeles rask, han har ikke havt cerebralia, ingen Kvalme eller Opkastning, ingen Paralyser; derimod har der udviklet sig en strabismus paa det ene Øie, men Patienten veed ikke naar den er opstaaet, navnlig kan han ikke angive, om den skulde være kommet snart efter Slaget.

Vi ville nu undersøge Svulsten og prøve paa at komme til en Diagnose. Den sidder, som De see, omtrent ved Sammenstødet af venstre os bregmatis og os frontis, lidt til Venstre for sutura sagittalis; den er af Størrelse som et stort Æg, er overtrukket med sund Hud, som vel er noget udspændt, men dog kan foldes og forskydes, naar man ved

Tryk paa Svulsten har formindsket dennes Volumen lidt. Den hænger fast sammen med Craniet, og i Omfanget er den omgivet med en haard Kant, som om der var afsat en Beenrand om dens Basis; den er ikke øm for Tryk, men naar man lægger Fingrene paa den, faaer man en Fornemmelse af Pulsation. Pulsationen føles dog kun paa et enkelt Sted af den og er ikke tydeligt forbundet med Expansion; den hidrører derfor maaskee ikke fra selve Svulsten, men fra en Arterie, der forløber over den.

Den er ikke bestemt fluctuerende, men meget blød, og naar man vedbliver at trykke paa den, bliver den noget formindsket, men kan dog ikke reponeres. Jeg har forsøgt Compression med en Pelotte af Vat og et elastisk Bind, hvorved der kun opstod ubetydelig Smerte og ikke Cerebraltilfælde, men da Bandagen aftoges, var Svulsten lige stor. Jeg anlagde da Trykket endnu stærkere, og nu begyndte han at føle sig ilde, men fik ellers ingen Cerebraltilfælde.

Hvad kan dette nu være for en Svulst, der er opstaaet for $^3/_4$ Aar siden og i den Tid voxet til en saa betydelig Størrelse — som desuden er bestemt begrændset, endog med en ossøs Vold —, som ikke har medført cerebralia (undtagen maaskee strabismus, om hvis Oprindelse vi dog ikke kunne faae nogen Oplysning) —, som ikke er reponibel, ikke pulserende og næppe fluctuerende? Have vi her en udvendig Svulst eller een, som er udgaaet fra cavitas cranii?

Hvad der vilde forekomme mig sandsynligst var, at Contusionen havde frembragt en ostitis cranii og at Svulsten nu var en Suppuration, der laae under periostium, begrændset af en Beenring af Osteophyter. Men i Lægens Beret-

ning hedder det, at Troicarten har udtømt reent Blod, og har kunnet komme ind igjennem Craniet, i Bunden af Svulsten. At der ved en ostitisk Proces kunde være opstaaet et Substanstab igjennem hele Craniets Tykkelse, var jo muligt, men da vilde Udfloddet ved Puncturen ikke være reent Blod; en ostitisk Absces er det altsaa ikke.

Er det i det Hele taget en Vædske, eller en solid Masse, der danner Svulsten? Den fluctuerende (?) Fornemmelse kunde angive en Svulst af Blod, men ogsaa en emollieret vasculær Svulst, f. Ex. en meget blød Cancer, eller en aneurismatisk tumor. Da Sygdommen ikke er medfødt, ville vi ikke tænke paa en erectil Svulst, og altsaa heller ikke paa et medfødt encephalocele.

Men kunde det være et aneurisma? Af saadanne have vi jo forskjellige Slags; det almindelige arterielle aneurisma kunde sidde paa een af Arterierne udenpaa Craniet, men saa vilde der vel være tydelig Pulsation og souffle, og Svulsten vilde kunne formindskes, naar man ved at trykke i en vis Afstand fra Svulsten standsede Blodtilførslen til den. — Heller ikke kan det være et aneurisma paa een af Arterierne indenfor Craniet, som ved Absorption af Benet var kommet frem udvendig. Et aneurisma cirsoïdeum, som forøvrigt paa Hovedet er hyppigere end nogen af de to ovennævnte aneurismatiske Svulster, og som bestaaer af mange smaa, udvidede og sammenslyngede arterielle Grene, vilde baade føles mere ujevnt og være stærkt pulserende; det vilde desuden ikke perforere Craniet.

Men foruden de tumores, der indeholde arterielt Blod, have vi endnu de venøse Svulster, hvilke først ere beskrevne i den nyere Tid, og især ere blevne bekjendte ved en Af-

handling af Dr. Dupont (1860). Senere har man iagttaget flere Tilfælde af disse, som bestaae i en Ansamling af venøst Blod, der communicerer med en indvendig sinus. Saavidt jeg veed, have de saagodtsom alle havt en Communication med sinus longitudinalis superior, men man er endnu ikke fuldkomment paa det Rene med deres Udvikling og om der findes flere Slags af dem. Der anføres gjerne et trauma som Grund; et saadant er jo gaaet forud her, og vel ligger Svulsten lidt til Siden for sinus longitudinalis, men derfor kunde den dog nok communicere med den. I enkelte Tilfælde har man fundet Aarsagen at være en Fractur, hvorved en Beensplint af Craniet har læderet sinus longit. og givet en Blodudtrækning, som er sivet igjennem Fracturen og har hævet pericranium op til en udvendig Svulst; en anden Maade at forklare dens Oprindelse er ved at antage en Absorption af Craniet. Man har jo i den senere Tid iagttaget saadanne partielle Absorptioner under forskjellige Omstændigheder, f. Ex. ved Rachitis; ligeledes har man fundet pneumatocele paa Hovedet, i. e. Svulster, der indeholde Luft som fra cellulæ mastoideæ eller sinus frontalis er kommet frem under Integumenterne efter en local Absorption af disse Huulheders udvendige ossøse Væg. Efterat man nu har fundet tilsvarende venøse langs sinus longit., har man nøiere undersøgt de normale anatomiske Forhold omkring denne sinus og har da lagt særlig Vægt paa, at de Gruber, der sees langs med den (glandulæ Pacchioni), vise meget fortyndede Steder, hvor Absorptionen let frembringer et fuldstændigt Gjennembrud. Da nu sinus tidt staaer i nøie Forbindelse med disse Impressioner, kan Blodet komme den Vei ud under pericra-

nium og give en venøs tumor. En saadan Atrophi kan maaskee optræde uden Trauma, eller et Trauma kunde være den occasionelle Aarsag.

Vor Patients Svulst skal jo indeholde Blod og den har en Beenkant omkring sig; hvis den altsaa er udgaaet fra sinus longitudinalis, maa Blodet igjennem Aabningen være kommet ud under pericranium, men da den jo isaafald communicerer med en stor Vene i dura mater, maatte man atter kunne trykke Blodet tilbage og faae Svulsten til at forsvinde; men dette skeer ikke her.

Diagnosen er altsaa endnu meget usikker; maaskee vi til Slutning ville komme til den Antagelse, at det er en solid Svulst, og da rimeligviis en blød Cancer, — eller hvad man pleiede at kalde: en fungus duræ matris. — De vide, m. H., at dette Ord har givet Anledning til langvarige og heftige Stridigheder imellem den ældre Tids Chirurger, idet Nogle paastode, at det var en indvendig cancer, som udgaaende fra dura mater perforerede Benet og trængte sig frem, Andre at det var en udvendig cancer, som gjennembrød Craniet og først senere kom i Berøring med cerebrum eller meninges, — medens endelig Mange vilde gaae en Middelvei og sige, at fungus duræ matris er en cancrøs Svulst, som kan begynde snart udenfor, snart indenfor, snart i selve Craniet, men tilsidst medfører en Aabning igjennem Benet, saaat Svulsten baade er udenfor og indenfor. — Dette er vel den almindelige Mening nutildags.

Vi kunne nu een af de følgende Dage forsøge en Punctur, der maaskee vil hjælpe os Noget med Hensyn til Diagnosen. Hvis vi derved udtømme venøst Blod og Svulsten kan bringes til at falde sammen, maatte vi antage det for

at være et Divertikel fra en sinus. — Hvis der flød arterielt Blod i Mængde ud, og Svulsten kunde udtømmes heelt, vilde det være een eller anden aneurismatisk Svulst. — Hvis der kom endeel lyserødt Blod frem igjennem Troicarten, men der dog vedblev at være en tumor, og hvis Troicarten ikke kunde bevæges aldeles frit, som inde i en Sæk, ville vi diagnosticere en vasculær solid tumor. Man maa dog ikke lade sig narre af, at en cancrøs Svulst kan være saa emollieret, at man tilsyneladende bevæger Troicarten inde i en Huulhed, og man maa erindre, at hvis der kun er flydende Blod derinde i, saa maa den tillige kunne tømmes ved Punctionen.

Førend vi imidlertid benytte dette sidste Middel til at opklare Sygdommens Natur, skulde vi gjøre os Rede for, hvorledes vi ville behandle Svulsten, eftersom den viser sig at være af den ene eller den anden Slags. Viser det sig at være en venøs tumor, vilde man maaskee tilraade Injection af en Vædske, som kan coagulere Blodet og derved obliterere den, som om det var en varix; navnlig i den nyeste Tid refereres der fra Lyon flere Tilfælde af coagulerende Injectioner i Varicer, der ere forløbne uden Skade for Patienten, men her vilde det dog vist være farligt, hvis der var en Aabning ind til sinus longitud., da vi let kunde faae en Phlebitis. — Udvendige Midler, som Pensling med tra jodii eller liquor stypticus vilde næppe nytte noget, og der kunde da blive Tale om Exstirpation. Man maatte saa antiseptisk gjøre en Incision, præparere Svulsten ud og udskjære en Deel af den; Randene skulde strax forenes med catgut. Jeg har seet Lister borttage endog længere Stykker af Væggen af en stor Vene, sye Saaret sammen og

faae det lægt per primam; det maatte altsaa kunne udføres, hvis vi her havde en varicøs Dilatation. Imidlertid er jeg bange for, at det snarere er en malign, vasculær Svulst, og isaafald tænker jeg ikke paa at røre videre ved den.

Det er forøvrigt et besynderligt Sammentræf, at vi omtrent paa samme Tid have havt 4 sjeldnere Svulster paa Hovedet; foruden de to, jeg idag har omtalt, havde jeg nemlig en Exostose saa stor som et halvt Æg, hvilken jeg borttog med en Saug og et enormt Encepholocele paa os occipitis, hvilket jeg puncterede, da det indeholdt en stor Mængde hydrocephalisk Vædske. Begge disse Patienter vare omtrent et Aar gamle og reiste strax efter tilbage med deres Mødre til Jylland, saaat jeg ikke veed, hvorledes det senere Forløb har været.

Da jeg senere puncterede den ovenfor beskrevne tumor, udtømtes lidt lyserødt Blod; Canylen kunde føres omkring til alle Sider som i en halvblød Masse og trængte igjennem en Aabning af Størrelse som en Krone ind i cavum cranii. Randene af Aabningen vare rue, ossøse. Han befandt sig fuldkomment vel derefter og reiste da hjem med Svulsten i uforandret Tilstand.

3.

Tumor erectilis palpebræ. — Injectiones. — Ectropium.

Mine Herrer!

Jeg vil idag begynde paa at operere denne lille Pige, som jeg allerede engang tidligere har viist Dem. Jeg siger, at jeg vil begynde paa at operere hende, thi det vil vistnok blive nødvendigt at foretage mange Operationer, inden vi faae hendes Svulst helbredet. De erindre nok, at det var en lille Pige fra Jylland, som kun er 2—3 Aar gammel, men fra Fødslen havde havt en Svulst, der efterhaanden var saaledes tiltaget i Størrelse, at Forældrene fandt det rettest at indlægge hende her i Hospitalet. — Svulstens Diagnose behøve vi ikke at opholde os ved; det kan ikke være Andet end en erectil Svulst, den en blaaligrød, spændt, hæver venstre palpebra superior halvkugleformet frem, men indtager tillige venstre Side af Næsen og gaaer op over glabella; den viser hverken souffle eller Pulsation, men kan formindskes endeel ved Tryk. Barnet er forøvrigt fuldstændigt rask, har ingen lignende Svulster paa noget andet Sted af Legemet og har heller ingen Ulempe af denne, undtagen at hun ikke kan aabne Øiet. Baade Inte-

gumenterne og alle de andre Lag i palpebra indtil conjunctiva ere angrebne af denne Nydannelse, men naar man løfter palpebra op, sees bulbus aldeles uskadt.

Svulsten skulde vel altsaa skaffes bort, da den hindrer Synet med dette Øie og da den i den sidste Tid voxer stærkt, men vi have særlige Hensyn at tage, for at vi ikke skulle frembringe altfor stor Deformitet, navnlig da det er en lille Pige. En fuldstændig Exstirpation kan der naturligviis ikke være Tale om paa dette Sted af Legemet, men af andre Operationsmethoder skulle vi ogsaa see at undgaae saadanne, som give en defigurerende Cicatrice. Af den store Mængde Behandlingsmaader, som have været brugte, vil jeg derfor kun vælge en saadan, som kan angribe Svulsten fra sit Indre og frembringe en Sammenskrumpning; det opnaaes enten ved at fremkalde Coagulation indeni den eller ved Suppuration; dernæst kunde man ogsaa bevirke begge Dele samtidig.

Idag vil jeg anvende Listers Injection af en Carbolsyreopløsning, men den fordrer de samme Forsigtighedsregler som Injection af andre coagulerende Vædsker. Man har nemlig oftere seet disse gaae over i Circulationen og frembringe endog øieblikkelig Død, saaledes baade Chlorzink og Chlorjern, hvilket sidste Stof er det, man almindeligst har benyttet. Man maa derfor først see at udelukke Svulsten, saa at sige, fra den øvrige Deel af Legemet; paa en Extremitet opnaaes dette let ved at anlægge en elastisk Ligatur ovenfor Stedet, men her paa Ansigtet lader det sig ikke saa nemt udføre, undtagen hvis Svulsten var petiolat. Jeg vil derfor førend Injectionen søge at omsnøre den saaledes, at den bliver petiolat. Jeg fører da to

stærke Naale igjennem Basis af tumor, den ene paa langs, den anden paa tvers; ved nu at binde en Hampetraad meget stramt under Naalene, bliver Svulsten temporært afsnøret, og nu kan jeg med en almindelig Pravaz' Sprøite injicere Vædsken i forskjellige Retninger ind i den erectile Svulst. Det er en meget concentreret Opløsning af Carbolsyre, som jeg bruger til at coagulere Blodet i den, og for at Coaglet kan faae Tid til at blive lidt fast, saaat det ikke opløses, naar Blodtilstrømningen igjen indtræder, vil jeg lade Ligaturen blive liggende omtrent 15 Minuter. Barnet holdes fremdeles chloroformeret, indtil jeg har taget Naalene ud.

Disse 15 Minuter, som vi skulle vente, inden Coagulationen er blevet paalidelig, vil jeg benytte til at tale til Dem om Injectioner i Almindelighed. Det er ikke tilstrækkeligt for Dem som videnskabelige Læger, at De lære at man nu bruger at injicere forskjellige Vædsker; De bør vide, om denne Opfindelse er 10 eller 1000 Aar gammel; De bør kjende Navnene paa de Mænd, hvem vi skylde vigtige Opfindelser eller Opdagelser.

Naar vi altsaa ville tale om Injectionernes Historie, maae vi først erindre, at Vædsker kunne indsprøites i Huulheder eller i selve Vævene. Hiint er meget gammelt, idet der allerede fra den ældste Hippocratiske Tid har været gjort Injectioner i Empyemer; jeg omtalte ogsaa i een af de tidligere Timer at man i forrige Aarhundrede har injiceret Vædsker i Knæet ved hydarthrus, men endskjøndt man f. Ex. kan finde det beskrevet af Boyer, havde de fleste Chirurger dog atter opgivet at behandle Sygdommen

paa den Maade. — Man har ogsaa i lang Tid brugt at injicere hydrocele (især med Portviin), men mange Chirurger foretrak andre Behandlingsmaader, saaledes yndede Pf. Stein nok saa meget at gjøre Incision i tunica vaginalis.

Man kan egentlig sige, at Injectioner først bleve almindelige, da man lærte at benytte Jod dertil, og det skete længe efter at Jodet var opdaget. 1811 blev Jodet først fremstillet af Gay-Lussac, men det varede næsten 25 Aar inden det anvendtes til Injection; 1820 begyndte Coïndet i Génève at bruge det indvendigt mod struma, 1830 kom det i Brug imod Scrophulose og først 1836 lærte Wallace i Dublin os at anvende Jod-Kalium imod Syphilis. Omtrent samtidig benyttede man det til Injection, og det hedder sig almindeligt, at det var Velpean, der først forsøgte det; men det er urigtigt, idet det i Virkeligheden var en engelsk Læge Martin i Calcutta, som injicerede Jod i hydrocele, hvilken Sygdom findes i hundredeviis i Ostindien. Men da Velpean havde optaget det efter ham, generaliserede han Anvendelsen deraf, og udstrakte det navnlig til alleslags cystiske Svulster. Bonnet i Lyon injicerede det først i hydarthrus (1841), Dieulafoy i Ansamlinger inde i peritonæum (1841), endelig Brainard (i Illinois) i spina bifida (1847). Men det var Altsammen Injection i lukkede Huulheder, endnu havde man ikke tænkt paa Injectioner i Vævene. Denne Behandling skriver sig fra den Tid, da man begyndte de subcutane Indsprøitninger af Alcaloiderne. Alcaloidernes Opdagelse daterer sig som bekjendt ogsaa fra dette Aarhundrede, nemlig først Morphin i 1817, saa Strychnin i 1818, Veratrin i 1819 og Chinin i 1820, men de brugtes kun udvendigt eller ender-

matisk indtil omtrent Aaret 1850, og Injectionen af dem er først kommet frem ved Opfindelsen af Pravaz's (eller Fergusson's) Sprøite. Englænderen Wood var den Første, der injicerede Morphin, og da han havde lært os Dette, gik det Slag i Slag med de andre Alcaloider, men endnu havde man kun til Hensigt at frembringe paa en nemmere Maade den samme generelle Virkning som Medicamenterne frembragte, naar de toges indvendigt. Det var den franske Læge Luton (i Rheims), som 1862 viste, at man kunde opnaae locale Virkninger i Væevene ved Indsprøitninger; han injicerede oprindeligt sol. argenti nitrici i Nærheden af de smertefulde Puncter ved Neuralgier og virkede vel snarest ved en stærk Derivation, idet det fremkaldte en Phlegmone paa Stedet. Saa forsøgte man at paavirke Væevene, navnlig de pathologiske, ved Injectioner i dem; saaledes indførtes i England Injection af Eddikesyre i cancrøse Svulster, senere Injection af Chlorzink og af Chlorjern. Tilsidst kom man tilbage til Jodet, som skulde vise sig gavnligt ved Indsprøitning i Glandelsvulster, men for Øieblikket har man dog ikke stor Tillid til Injectionernes opløsende Virkning i maligne eller scrophuløse Svulster, og kun i de erectile anvendes det endnu meget, hyppigst vel som Chlorjern og dernæst, hvad jeg her har gjort, som Carbolsyre. Jeg har ikke regnet Inoculation af Vaccine i erectile Svulster med til Indsprøitninger, uagtet det maaskee kan siges at staae nær ved de parenchymatøse Injectioner.

Da jeg seer, at der nu er gaaet et Qvarteer, vil jeg løsne Ligaturen og tage Naalene ud af Svulsten; jeg skal senere vise Dem Barnet igjen, for at vi kunne constatere, Hvad der er opnaaet ved denne første Operation; vi ville

rimeligviis komme til at foretage mange flere, inden vi skaffe Hævelsen bort.

M. H.! Jeg vil atter idag vise Dem det lille Barn, som De saae, dengang jeg første Gang opererede hende for en erectil Svulst i palp. superior; jeg foretog altsaa en Injection med Carbolsyre, men uden synderlig Virkning, hvorfor jeg gik over til Cauterisation, som jeg i de forløbne 4 Maaneder har anvendt 8 Gange. Dette har givet et ret godt Resultat, idet jeg har faaet Svulsten for største Delen obliteereret indvendigfra uden at lædere Huden undtagen i de Puncter, hvorigjennem de forskjellige Cauterier ere indførte. Jeg har brugt deels det galvaniske Cauterium, deels Paquelin's, deels et almindeligt, spidst Jern glødet over en Spiritusflamme; det er vistnok i Realiteten ligegyldigt, hvilket man benytter.

Derved er tumor, som sagt, blevet saa betydeligt formindsket, at den ikke mere danner nogen Prominens, men jeg kunde ikke undgaae, at der ved Cicatrisation efter Forbrændingerne kom en Complication, nemlig en forandret Form og Retning af palpebra; eller med andre Ord, jeg havde frembragt et ectropium.

Denne Deformitet hører jo ingenlunde til de meget sjeldne og man pleier at antage flere Former af den, idet man inddeler dem eftersom Aarsagen ligger i den mucøse Membran eller Musklerne eller Integumenterne; imidlertid er der een Omstændighed, som jeg strax skal omtale, der spiller en vigtigere Rolle i practisk Henseende, end om

Sygdommen har sin Oprindelse fra det ene eller det andet Lag i palpebra.

Efter den almindelige, classiske Inddeling have vi altsaa et ectropium udgaaende fra Sygdomme i conjunctiva, naar denne er Sædet for en betydelig Svulst og Hypertrophi; dernæst kunne vi, især hos ældre Folk, finde et let ectropium med epiphora, som kunde have en musculair Lidelse til Grund, men her ville vi dog navnlig holde os til den tredie Art, der skyldes Retraction og Forkortning af Integumenterne. Hos vor Patient har den sit Sæde paa palpebra superior, hvilket er langt sjeldnere end paa palp. inferior; men hvad der især er af Vigtighed i prognostisk Henseende, er Deformitetens Grad. Det var det, jeg for Lidt siden hentydede til, og jeg vil bede Dem lægge Mærke til, at det ikke blot er Randen, der er trukket ud fra bulbus og dreiet udefter, men hele cart. tarsi er fuldstændigt omkrænget; den røde Flade, som De her see, er conjunctiva, som normalt beklæder Bagfladen af tarsus, men nu er kommet til at vende fortil. Der behøves endog en vis Kraft for at vælte den omtalte cartilago om, saaat den kommer i sin rette Stilling; den kunde kaldes luxeret, og — for at blive ved denne Sammenligning — den er i Virkeligheden vanskelig at holde reponeret, da den allerede i nogen Tid har indtaget sin abnorme Stilling. Vi maae desuden erindre, at den øverste cart. tarsi er langt bredere og stivere end den nederste, saaat vi ogsaa af den Grund ville have mere Besvær med at rette dens Deviation. Havde vi blot en ringe Grad af ectropium, og den fandtes paa palp. inferior, vilde vi maaskee kunne nøies med en mindre Operation, f. Ex. en lille plastisk Operation, der kunde

hæve den devierede Rand i Veiret, enten ved Udskjæring af et trekantet Hudparti med Basis opad, eller ved Excision af en Kile af hele Palpebralranden, som derved forkortes eller ved et zigzagformet Snit /\/\ (Guérin) i Huden med paafølgende Sammensyning af de to midterste Been. Disse og lignende Methoder passe imidlertid ikke i vort Tilfælde, hvor paa Grund af Cicatricens Retraction næsten hele palpebra er omkrænget; vi maae tye til mere indgribende Behandlinger og vi tør ikke opsætte at gjøre Noget derved, da Tilstanden vil forværres, jo længere den varer. Ikke blot vil Deviationen blive vanskeligere at overvinde, men vi udsætte ogsaa selve bulbus for Fare, idet cornea ligger ubeskyttet. — Her kan vist kun være Tale om enten at gjøre en Blepharoplastik, hvorved vi tage en stor Lap i Nærheden, for dermed at forlænge den stærkt forkortede palpebra, eller at gjøre en kunstig Anchyloblepharon. Det Første vilde jeg nødig indlade mig paa, da en Transplantation formedelst Vævenes Skjørhed hos et Barn i den spæde Alder ikke vilde blive stabil, — og der bliver altsaa kun den sidstnævnte Operation tilbage, som bestaaer i, at man søger at overvinde den cicatricielle Retraction ved at stramme Vævene ud i længere Tid. Til den Ende gjør man Randene af begge palpebræ blodige, syer dem sammen og frembringer saaledes en Sammenvoxning af dem, som man lader vedvare i saa lang Tid, som der behøves til at Retractionen kan ophøre. Der er ingen Grund til at frygte, at Øiet skulde lide derved; man lader canthus internus fri, baade for at skaane puncta lacrymalia og for at Secretet frit kunne udflyde fra con-

junctiva; desuden har Erfaringen viist, at denne Occlusion kan fortsættes i $^1/_2$—1 Aar, uden at Øiet lider derved.

Jeg bruger Hestehaar og de allerfineste Synaale til Foreningen, og De saae nu, m. H., at Randene holdes sammen i hele den udvendige Deel; Suturerne skulle blive liggende, indtil de begynde at skjære igjennem. Huden paa palp. superior er nu aldeles glat, noget rød, fordi Cicatricerne endnu ere saa unge, men uden noget erectilt Udseende, og der er næppe nogen Hævelse mere at opdage undtagen paa et lille Parti inde ved Næsen, men for det Første vil jeg ikke røre mere ved Sygdommen, da den med Tiden vistnok af sig selv vil bedres endeel.

4.

Ophthalmitis. — Phlegmone orbitæ. — Cancer faciei.

Mine Herrer!

Vi beskjæftigede os i de forrige Timer med en stor chronisk Svulst af palpebra superior, som lukkede Øiet heelt til. Idag have vi en Svulst paa det samme Sted, men rigtignok af en ganske anden Beskaffenhed.

Vi fik nemlig iforgaars en Patient ind under Diagnosen ophthalmoblennorrhoea. Palpebra superior danner en spændt, rød Svulst, Øiet kan han ikke aabne, og naar man blotter bulbus, sees en betydelig chemotisk Hævelse af conjunctiva. Da disse Tilfælde ere opstaaede meget acut, kunde man vel tænke paa en blennorrhoea, men her er ingen Pussecretion. Characteristisk for en blennorrhoea er ikke blot de svulne palpebræ og chemosis, men tillige Secretet, og naar det mangler, kan Diagnosen ikke være rigtig. Men hvad er det da? Det er øiensynligt noget Phlegmonøst, der kan have sin Oprindelse udenfra eller indenfra orbita. En dacryocystitis giver meget almindeligt en saadan Svulst, men isaafald vilde der ikke være denne chemosis; den maa altsaa have sin Oprindelse fra noget Andet.

Kan nu Sygehistorien give os nogen Oplysning desangaaende? Patienten, der er en Arbeidsmand mellem 30 og 40 Aar, veed aldeles ingen Grund til sin Sygdom og siger, at den opstod pludseligt faa Dage førend han kom herind, men ved at udspørge ham erfarer man, at han tidligere har havt en Affection af dette Øie; der har været en Perforation af cornea med paafølgende Synechier, og derfor er der foretaget en Iridectomi. Naar vi nu aabne palpebræ, bemærke vi strax den chemotiske Svulst af hele conjunctiva; denne Svulst er haard og fast. Bulbus føles ogsaa haard og spændt, cornea viser sig med graaligt, fordunklet Centrum, der gjør det umuligt at see Noget bagved den, og opadtil er der en Prominens som af en nær forestaaende Ruptur. Da man nu finder en saa betydelig Spænding og et rødt, phlegmonøst Udseende af bulbus, maatte man antage, at det beroede paa en ophthalmitis, men den staaer tillige saa fast, ja næsten immobil, at man kommer til at tænke paa en phlegmone orbitæ; thi det Characteristiske for denne Affection er netop, at bulbus bliver saa ubevægelig og tillige skudt noget frem, hvad der synes at være Tilfældet hos vor Patient.

At her for det Første er en ophthalmitis, er vel rimeligt nok; vi forstaae jo derved en phlegmonøs Affection af bulbus, udgaaet fra forskjellige Processer, men ledsaget af bestemte Symptomer, saa at vi kunne betragte den som en selvstændig Sygdom, endskjøndt den for det Meste kan siges at være Resultatet af andre Lidelser, f. Ex. af en purulent choroiditis, af et indtrængt fremmed Legeme, af en vulnus contusum bulbi, af en Cataratextraction, af et perforende ulcus corneæ o. s. v. Disse Affectioner ende

da som en Suppuration af hele Contentum af Øiet, forbundet med spændende Svulst, saaat bulbus synes meget forøget i Volumen; der er chemosis (= det inflammatoriske udvendige Oedem i Omfanget af en Phlegmone), heftige neuralgiske Smerter i Grenene af n. trigeminus, og endelig indtræder der — hvis Suppurationen ikke tidligere har kunnet finde Udvei — en Ruptur af bulbus, hyppigst igjennem cornea. Alle disse Symptomer have vi hos vor Patient, og jeg tvivler derfor ikke paa Tilstedeværelsen af en phlegmone bulbi, navnlig fordi der synes at komme en Perforation i den øverste Deel af cornea.

Men maaskee vi samtidig kunde have en phlegmonøs Lidelse udenom bulbus, og hvad der især er mig saa mistænkeligt, er at denne staaer saa prominerende og saa ubevægelig, samt at der er saa stærk inflammatorisk Hævelse af palpebræ. Men i hvilke Dele kan denne plegmonøse Proces have sit Sæde? Den kan deels angribe alt Cellevævet i cavitas orbitæ, deels vise sig mere partiel som en suppurativ Lidelse fra periostium af een af orbita's Vægge, endelig har man beskrevet en meget begrændset phlegmone i den Tenon'ske Capsel. De vide, m. H., at vi have en aponeurotisk Beklædning deels udenpaa bulbus, deels uden om hele cavum orbitæ, og disse kunne tænkes som en continuerende Membran. Forestiller man sig fra apex orbitæ en aponeurotisk Fortsættelse af dura mater, saa kan den forfølges til alle Sider indtil den forreste Aabning af orbita, og derfra fortsætter den sig fra hele Omfanget ind imod bulbus, hvilken den beklæder forfra bagtil indtil den naaer n. opticus, langs hvilken den da kommer tilbage til sit Udgangspunct; naar Cellevævet, som sammenholder alle

de Dele, der ligge i dette Rum, bliver phlegmonøst angrebet, kalde vi det en phlegmone orbitæ, og det er jo indlysende, at den derved frembragte Volumensforøgelse maa trykke bulbus fortil og hindre den i at bevæge sig. Hvis derimod bulbus istedetfor at skydes lige fortil, blev drevet henimod den ene eller den anden Side, har man troet at maatte diagnosticere en local Suppuration fra den modsatte Vægs periostium. Hvad endelig den tredie Form angaaer, da er den maaskee problematisk; vistnok findes der indenfor den Tenon'ske Capsel et meget tyndt Lag Cellevæv, som omgiver bulbus, men det betvivles af Mange, om man kan finde en enestaaende phlegmone her; ialtfald angiver man omtrent de samme Symptomer ved denne, som ved den egentlige phlegmone orbitæ, nemlig Smerter, Spænding, Fremdriven og Immobilisering af bulbus, men desuden en eiendommelig begrændset rød Hævelse, der indtager palpebra superior, uden dog at naae heelt op til margo supraorbitalis. Iøvrigt skulde den ogsaa ledsages af Injection og Oedem af conjunctiva.

Hos vor Patient er jeg dog meest tilbøielig til at antage en phlegmone bulbi et orbitæ, og da vi uden Nytte have anvendt Iis og Opiater, maae vi vistnok gjøre noget mere Indgribende for at lindre den stærke Spænding og Smerte. Jeg vil nu foretage en Incision i orbita, idet jeg fører en smal, spids Kniv ind igjennem Conjunctiva lige nedenfor margo supraorbitalis; det følger af sig selv, at man maa anvende den nødvendige Forsigtighed for hverken at læædere bulbus eller stikke Kniven igjennem den øverste Væg af orbita.

De saae, m. H., at der fra Indstikket udflød rigeligt blodig, serøs Vædske, men intet Pus; imidlertid haaber jeg, at det vil formindske Spændingen, og der vil maaskee senere komme en Suppuration frem igjennem Incisionen.

Ligeledes vil jeg foretage en Punctur af bulbus, hvorved jeg haaber, at de excessive Smerter af Udspændingen ville kunne lindres; derimod er der naturligviis ikke nogen Helbredelse at vente: Øiet var jo allerede i Forveien tabt som Synsorgan og der er vistnok ikke Tvivl om, at bulbus nu ogsaa vil miste sin Form, den vil skrumpe mere og mere ind efterat Indholdet er suppureret bort, og der vil sandsynligviis kun blive en lille, fastere Klump tilbage, den vil — kortsagt — tilsidst være aldeles atrophisk.

Da jeg altsaa antager Suppurationen for uundgaaelig, vil jeg ophøre med Iis og give Patienten et varmt Omslag, som jeg finder langt bedre end det kolde. Jeg benytter da species narcoticæ, og lægger over Øiet Compresser dyppede i et varmt Infus af disse Urter.

M. H.! Da vi idag ville holde os til Sygdomme i Regionen af palpebræ, vil jeg nu vise Dem en Patient, som har en tumor ved palpebra inferior, som skulde exstirperes; det er en gammel Kone paa 60 Aar (fra Jylland), som forøvrigt seer heelt rask ud. For 16 Aar siden begyndte Svulsten som en „lille Knude“, der efterhaanden er tiltaget i Størrelse, uagtet der gjentagne Gange er foretaget Exstirpation af den. Netop af den Grund er dog Diagnosen temmelig let, idet det vel altsaa er et Cancroïd, der ingen Tilbøielighed har til Heling, men derimod har Tendens til at udbrede sig og skyder frem paany efter Borttagelsen.

Hvad vi maae lægge Mærke til her er, at vi aldeles ikke finde nogen Glandelsvulst ved angulus maxillæ, uagtet saadanne næsten altid ere tilstede, naar Svulsten har existeret i saa lang Tid; Forløbet er altsaa her mere godartet, end det pleier at være.

Cancroider ere temmelig hyppige i Ansigtet; de kaldtes ialmindelighed tidligere Epithalialcancer og i mange Tilfælde opstaae de ogsaa ved en pathologisk Nydannelse af Epithelium; men undertiden have de en anden Begyndelse, nemlig som Adenomer, i. e. en sygelig Udvikling af Glandelvæv. I Huden udgaae disse Adenomer fra gl. sebaceæ eller sudoriparæ; de sidste har man først i nyere Tid faaet beskrevet, og det er især Verneuil, som har paaviist, at i Ansigtet have de saakaldte Epitheliomer været sammenblandede med „Polyadenomer", hvorved han betegner en samtidig Degeneration af mange smaa Glandler, enten sebaceæ eller sudoriparæ. Degenerationen angriber nemlig ikke begge disse paa eengang; ere disse afficerede, saa blive hine comprimerede og atrophierede, og omvendt.

Denne finere Distinction har forøvrigt knap nogen Interesse for Chirurgen, thi Behandlingen vil i ethvert Fald blive den samme, og desuden ville disse Adenomer meget almindeligt blive til Epitheliomer, idet Epitheliet, som beklæder alle Glandelgangene, tilsidst faaer Overvægten over de andre Væv og udvikler sig saa stærkt, at de andre Dele næsten gaae tilgrunde.

Disse Cancroider ere i Reglen meget chroniske, inficere ikke Organismen, de udbrede sig kun peripherisk, ikke i Dybden, og saaledes forholder det sig ogsaa hos vor Patient. Hendes Svulst er fuldstændigt forskydelig, hænger altsaa

kun fast til corium, ikke til Benet eller til cartilago, og det seer ud, som om Epidermis strakte sig op over den fra alle Sider. Det taler jo for, at Degenerationem ikke er udgaaet fra Overfladen, men fra Glandlerne, at det altsaa kunde være et Polyadenom.

Behandlingen bestaaer i Exstirpation; det Syge skal heelt borttages, og det er det, jeg nu skal udføre, idet jeg med Kniven fjerner saavel tumor som de nærmest omliggende Væv. — Men De vide ogsaa, m. H., at man ved Operationer i Ansigtet maa tage et vist Skjønhedshensyn og søge at undgaae Deformitet; ved Borttagelsen af Svulster, der sidde paa dette Sted, ved den nederste, indvendige Deel af palpebra inf., er det væsentligt ectropium, som man søger at vogte sig for. Man har f. Ex. søgt at modarbeide det ved samtidigt at foretage en plastisk Operation, saaat Substanstabet erstattes af en transplanteret Lap. De erindre vist, at her for et Aarstid siden var en Patient — en gammel Skræder — med en lignende Svulst paa Kinden, som jeg exstirperede med Kniven, og det derved frembragte Saar blev lukket ved at jeg løsnede en større Hudlap i Nærheden og fæstede den ved Suturer ind over Substanstabet. Resultatet var meget heldigt strax, men det gik her som det pleier at gaae ved plastiske Operationer; et halvt Aar efter var det smukke Udseende forsvundet ved Retractionen af Vævet, og da jeg netop for faa Dage siden traf ham, var der et meget betydeligt ectropium.

Her vil jeg nu ikke transplantere nogen Hudlap, som jo maatte tages fra Kinden, hvis det blottede Sted skulde dækkes; thi efter nogen Tids Forløb vilde Resultatet vist blive det samme som hos den ovennævnte Patient. Naar

man overlader saadanne Substanstab i Ansigtet til sig selv, hele de mærkværdigt hurtigt, fordi Ansigtets Bedækninger i det Hele ere saa bevægelige og let lade sig trække til hvilkensomhelst Side, saaat det granulerende Saars Retraction foregaaer i langt kortere Tid end paa de fleste andre Steder, og Cicatricen bliver meget mindre, end man skulde have troet.

Men det følger af sig selv, at det meest forskydelige Parti i Omfanget er det, som lettest lader sig drage bort fra sin oprindelige Plads ved Cicatricens Sammentrækning, og her vil naturligviis palpebra inf., der er en meget mobil Deel, deriveres i høi Grad. Dens frie Rand vil trækkes nedad og endelig vil der være et udtalt ectropium.

Men kan man ikke lede Behandlingen af den granulerende Flade saaledes, at denne Deformitet undgaaes? Jo, vi have et fortrinligt Middel i Cauterisation, naar man forstaaer at anvende den paa rette Maade. Cicatrisationen af et Saar foregaaer jo saagodtsom udelukkende fra Omfanget, thi at et Saar cicatriserer betyder jo, at det overdrages med et Epitheliallag, og denne nye Epidermis, som skal beklæde Granulationerne, dannes netop i Omkredsen, paa Overgangen imellem den granulerende Flade og den sunde Epidermis, hvilken Strækning man kalder den „cicatricielle Zone“. Denne Zone skyder frem i centripetal Retning, og paa de Steder, hvor den omgivende Hud er meest lax og eftergivelig, vil den give meest efter. Naar man nu paa een Side af Saaret cauteriserer den cicatricielle Zone med Chlorzink, saa hindrer man Dannelsen af Epidermis paa den Side, imedens den paa alle de andre Sider gaaer uforstyrret for sig, og de omgivende Integumenter

drages fra disse Sider ind imod Saarets Centrum. Da jeg her vil modarbeide Udviklingen af et ectropium, saa cauteriserer jeg den Rand af Saaret, som vender hen imod palpebra inferior, og dette udføres let ved at lægge en ganske smal Strimmel (som en tynd Strikkepind) af Chlorzink-Pasta langs den øverste Rand, hvilket jeg da gjentager omtrent hver 5te eller 6te Dag, det vil sige saa ofte som den dannede eschara afstødes. Forresten skal Saaret forbindes aldeles simpelt, f. Ex. med unguentum boracinum, ɔ: 1 Deel Borsyre til 10 Dele Fedt.

5.

Cancer labii. — Furunculus labii. — Tumor gummosus.

Mine Herrer!

Her see De en Patient, en Mand paa 45 Aar, paa hvem jeg om Lidt skal foretage en Operation. Han lider af en Svulst paa labium inferius og med Hensyn til Diagnosen kan der ingen Tvivl være; man kan ved første Øiekast see, at her findes en cancer labii inferioris. Hans Sygehistorie er forresten ganske simpel: Han angiver, at det nu er et Par Aar siden at der begyndte at komme en lille Knude ved høire commissura labiorum. Den er bestandig tiltaget i Væxt, indtil den har opnaaet sin nuværende Størrelse, og den er allerede begyndt at ulcerere for længere Tid siden. Den Behandling, han har været underkastet, har kun bestaaet i Cauterisation med argentum nitricum, og saa har han brugt en Deel Sukkerkugler, naturligviis uden Resultat. Svulsten er den almindelige Form, som man træffer her paa labium inferius, den er opstaaet og har udbredt sig ganske som de epitheliale Svulster sædvanlig pleie at gjøre, idet den er begyndt paa Grændsen af den mucøse Membran og derfra har udbredt sig videre. Her findes ingen tydelige Glandelsvulster, der-

for er den eneste Behandling Exstirpation. Denne Operation er meget let at udføre; der kommer rigtignok altid en rigelig Blødning fra en Mængde smaa Arterier, som man kan underbinde hver for sig, men denne Blødning standser for en stor Deel, naar man giver lidt Tid, og blot lægger noget Charpi eller Vat paa, eller naar man anvender et eller andet Hæmostaticum. Men her skal man nu gjøre noget Mere end blot exstirpere det Syge, idet der skal skaffes et andet Stykke i Stedet for det; der skal altsaa tillige foretages en plastisk Operation. De vide, at plastiske Operationer ere meget anvendte i Omfanget af Munden, hvor alle Delene ere let forskydelige og bevægelige. Og da Lapperne ere rigeligt forsynede med vasa, opstaaer der næsten aldrig Gangræn efter en saadan Operation, men Foreningen skeer tværtimod meget ofte per primam intentionem. Imidlertid vil det kunne hændes, at Resultatet strax er meget heldigt, men at det længere Tid efter bliver mindre smukt paa Grund af Delenes Sammentrækning; man maa derfor altid gaae ud paa at indrette Operationen saaledes, at Resultatet bliver ved at holde sig. Man har to Methoder, som i dette Tilfælde kunde anvendes, en simpel og en compliceret. Man kan nemlig enten, naar det Syge er exstirperet, ligefrem forene Saarrandene ved Suturer, eller man kan danne en Lap andetstedsfra og bringe den ind i Saaret og saa anlægge Suturer, hvorved man syer den nydannede Lap fast til Saarrandene. Det Første vil naturligviis være det Heldigste, hvis det kan lade sig gjøre, dog troer jeg, at man ikke kan nøies hermed i dette Tilfælde, men maa benytte den complicerede Methode. Ofte kan man først afgjøre, om

man skal benytte den ene eller anden af disse Methoder, naar det Syge er bortfjernet. — Den Operation, jeg nu skal udføre, vil vist blive temmelig langvarig, da Foreningen maa gjøres meget nøiagtigt.

Jeg vil nu her benytte Syme's Methode, som bestaaer i, at man, efterat have skaaret det trekantede Stykke, som indeholder det Syge, bort, gjør en Incision fra den nederste Spids af Operationssaaret til begge Sider, lige ned til Randen af Maxillen og derpaa i en Bue lidt opad og udad. Herved skjæres to Lapper ud, som saa lægges op i Saaret. Man opnaaer da den Fordeel, at Hagen, som jo er den fasteste Deel i dette Parti af Ansigtet, beholdes som et punctum fixum, der ikke kan trækkes ned af Suturene, og denne Methode er meget bedre end den, hvorved man tager Lappen fra Halsen. Jeg har mange Gange udført den, og især med et udmærket Resultat, hvor Svulsten, hvad der er heldigst, havde sit Sæde i Midtlinien. Med Hensyn til Udførelsen af Incisionerne, saa er det ved saadanne bevægelige Dele, som vi her have med at gjøre, ikke saa let at gjøre den første Incision fra den frie Rand; det er langt nemmere først at gjennemstikke Læben forneden, der hvor man vil have Incisionens nederste Ende, og saa skjære herfra opad.

Nu har jeg foretaget Exstirpationen, og De saae, at der sprøitede en 4—5 smaae Arterier, som maatte underbindes. Da det er tydeligt, at Saarrandene ikke kunne forenes ligefrem, vil jeg udføre den plastiske Operation, som jeg har beskrevet Dem. Ved Lapdannelsen maa jeg være forberedt paa at lædere art. maxillaris externa, som saa strax skal underbindes; naar jeg da har faaet Blød-

ningen i det Hele standset, skulle Randene forenes meget accurat med Metalsuturer og maaskee ved nogle Hestehaarssuturer. — I den senere Tid har jeg ikke brugt meget den almindelige sutura circumvoluta, da jeg synes at Naalene skjære saa let igjennem, naar der er stærk Stramning paa Saarrandene.

Til Slutning maa jeg dog endnu gjøre en kort Bemærkning om Ætiologien af cancer. Naar den, saaledes som her, findes paa labium inferius, har det allerede fra lang Tid tilbage været angivet, at den fremkaldtes ved Tobaksrygning, navnlig af Kridtpiber. Da denne Luxus nu er blevet saa almindelig, at næsten alle Mandfolk ryge, vil det ikke være at undre sig over, at cancer labii, der især træffes hos Mandfolk, eo ipso træffes hos Tobaksrygere, men i det eneste Tilfælde, hvor jeg har seet Sygdommen hos et Fruentimmer, var det dog mærkværdigt, at hun fortalte, at hun røg „Kridtpibe". I den nyeste Tid er der fremkommet mange Beretninger, som synes at godtgjøre, at der er et bestemt Causalforhold imellem Hudirritationer og Cancer eller Cancroiderne; saaledes er der ogsaa forud for en cancer lingvæ meget ofte gaaet en psoriasis eller ichthyosis lingvæ, som findes hos Rygere ([1]) Weir i New-York — [2]) Trélat i Paris). Endelig har man meent, at Eczemer paa areola og Papillen var en Disposition til cancer mammæ — saaat der heri ligger et Forsvar for den Theori, at maligne Svulster skulde have en local Oprindelse.

---

[1]) New-York medical Journal 1875. — [2]) Bulletin de la Société de Chirurgie 1876.

M. H.! Da vi have 2 andre Patienter liggende herinde, som Begge have en Svulst i den nærmeste Omegn af Munden, vil jeg ogsaa fremstille dem idag, endskjøndt deres Sygdom paa ingen Maade fordrer nogen operativ Behandling for Øieblikket. Den Første er denne Arbeidsmand, et sundt Individ paa 30 Aar, som kom herind igaar Aftes med en Deel Svulst af høire Kind; der er tillige nogen Rødme, Ømhed og Haardhed af dette Parti, og ved høire Commissur findes paa labium superius en lille Aabning, hvoraf der kan udtrykkes noget Pus.

Det Hele skriver sig fra en Furunkel, som har aabnet sig spontant; det er imidlertid ikke af den Grund, at han er kommet herind (han har nemlig en adenitis axillaris), men jeg vil benytte Lejligheden til at vise Dem ham, fordi jeg vilde tale til Dem om Furunkler i denne Region.

I Almindelighed har en Furunkel — eller Furunkler, thi Patienterne have ofte flere af dem paa eengang — ikke meget at betyde; den kommer endog for det Meste ikke under Chirurgens Behandling, men naar den optræder paa visse Steder kan den foraarsage betænkelige Tilfælde, ja selv forløbe lethalt, saaledes paa labium superius eller paa Kinden op imod Øiet, maaskee ogsaa paa Næsen eller Panden, men især dog paa det førstnævnte Sted kan den hurtigt medføre Døden under Symptomer paa en purulent Infection. Infectionen skeer vistnok ved en Forplantelse igjennem Venesystemet, og Sygdommen skulde findes snarest hos Personer, hvis Leveviis fører det med sig, at de haandtere dyriske Dele eller røre ved Dyr, især Hornkvæg, saasom Slagtere, Dreiere (Horn) o. s. v. Man har da meent,

at det kunde være en dyrisk Gift, der overførtes til dem, og isaafald skulde der vel være nogen Lighed mellem disse Furunkler og pustula maligna, men Tilfældene kunne rimeligviis godt opstaae fra en simpel Furunkel.

Det var forresten et mærkeligt Sammentræf, at Patienten, da jeg spurgte ham, hvad han var, sagde, at han var Slagter; men det tabte dog sin Interesse, da han tilføiede, at han i det sidste Aarstid ikke havde givet sig af med sin Profession, men arbeidet som Sjouer; han har i det Hele liidt endeel i den senere Tid af Furunkler paa flere Steder af Legemet.

Naar vi nu ville forklare os Oprindelsen til de lethale Følger, som Ansigtsfurunkler undertiden kunne have, maae vi erindre os Venernes Forhold; der er nemlig et Sammenhæng imellem de udvendige Vener i Ansigtet og de indvendige Vener i Craniet. V. facialis anterior, som i Udbredningen omtrent svarer til a. maxillaris externa, staaer ved v. angularis, ved canthus internus, i Forbindelse med v. ophthalmica, der optager Grene fra orbita, hvorigjennem den gaaer, og munder saa ud i sinus cavernosus. Fra de udvendige Vener, f. Ex. i labium superius, kan en phlebitis altsaa forplante sig til Craniets Vener, og det er igjennem en phlebitis i sinus duræ matris at Døden indtræder. — Hos vor Patient er der næppe noget Saadant at befrygte; han er fuldstændigt vel hvad Almeenbefindendet angaaer, og fra den spontant aabnede Furunkel kan Pus let udtrykkes. Vi behøve altsaa her vistnok ikke at skride videre ind, men man kan ikke altid forudsee, om de lethale Tilfælde ville indtræffe; de komme ofte pludseligt, uden at der er gaaet nogetsomhelst ængstende Symptom i Forveien,

og naar der først er opstaaet en suppurativ phlebitis, vil maaskee den virksomste chirurgiske Behandling komme for seent.

Hvilken Behandling har man da tilraadet ved Ansigtsfurunklerne? For det Første har man anbefalet en tidlig Spaltning af Svulsten, saa at Suppurationen kunde komme let frem, men navnlig har man benyttet Cauterisation enten med caustica eller med ferrum candens. Hvis man anvender det, maa det ialtfald være en energisk, dybtgaaende Cauterisation, som trænger heelt ind i det phlegmonøst infiltrerede Væv. Valette i Lyon nævner i sin cliniske Chirurgi endeel Tilfælde, hvor han med Held har brugt ferrum candens i store furunculøse Hævelser (anthrax), undertiden efter at have spaltet dem ved et dybt, crucielt Snit; derimod mener han, at Snittet alene er aldeles utilstrækkeligt. Han paastaaer ogsaa, at man ved enhver lille, men ofte overordentlig smertefuld, Furunkel kan standse den i at udbrede sig videre og kan hæve Smerterne hurtigt, naar man vil applicere paa Toppen af den et Stykke Kali causticum af Størrelse som et Knappenaalshoved.

De vide vistnok, m. H., at man i den nyere Tid har villet finde Sammenhæng imellem anthrax og diabetes, men jeg har ikke hørt, at man ved Ansigtsfurunkler har efterviist denne Sygdomsaarsag. Jeg har her paa Hospitalet havt et Par Tilfælde af Furunkler (eller anthrax) i Nærheden af Munden, som ere endte med Døden, men Patienterne have ved Indlæggelsen været saagodtsom moribunde, saaat jeg ikke har kunnet see Gavn af nogensomhelst Behandling, men en kraftig Cauterisation vilde dog kunne forsøges, og jeg vilde rimeligviis bruge Carbolsyre ind-

vendig (solutio sulpho—carbolatis natrici, ptt. 6—200). I de dødelige Tilfælde, jeg har havt, har der forøvrigt ikke været diabetes tilstede.

Den anden Patient, som jeg vilde vise Dem idag, er et Fruentimmer paa 30 Aar, som ligeledes har en Sygdom ved Munden, nemlig et ulcus, hvis Natur er lidt dunkel. Hun fortæller, at hun for omtrent 1 Aar siden bemærkede en lille „Knude“ ved venstre commissura labiorum; der „kom Hul“ paa den og det tiltog mere og mere, saaat der tilsidst blev et stort Saar. Nu seer man dog kun lige i Commissuren en lille solutio continui, som er dækket med gode Granulationer og synes nær ved at læges, men tilvenstre for Commissuren findes et betydeligt ulcus, og det er dette, som har bragt hende til at søge herind paa Hospitalet. Hun er i Byen blevet underkastet en indvendig Behandling og har brugt en klar Mixtur, maaskee en Opløsning af Jodkalium.

Saaret er omtrent af Størrelse som en Negl, det er temmelig overfladisk, det vil sige, at det kun gaaer igjennem corium, dets Form er rundagtig, med lidt uregelmæssige, men ikke fortykkede Rande; vilde vi stille en Diagnose af det, da er det let nok at erklære Sygdommen for et ulcus faciei, thi det er et Substanstab, som er opstaaet spontant, og som ikke tenderer til Heling. Naar vi derimod ville udfinde denne Sygdoms egentlige Væsen og dens Aarsag, da kan det være en vanskelig Sag.

Et ulcus faciei antage vi i Almindelighed for at være enten constitutionelt (syphilitisk) eller cancrøst, eller endelig kunde det være en lupus; det Sidste er jo en Sygdom, der

viser sig ved haarde Knuder, som ulcerere og udbrede sig videre; den findes sædvanligst omkring Næsen, dog ogsaa undertiden om Munden og paa Kinderne, og udmærker sig ved skarpt afskaarne, bugtede Rande og ved Afsætning af nye Tuberkler i Omfanget, hvilke ligeledes ulcerere og vedblive langsomt at destruere i Fladen og i Dybden. Men denne Beskrivelse passer slet ikke paa det ulcus, vi her have, og tilmed er lupus mere almindelig i den yngre Alder, medens vor Patient er 30 Aar.

Vi maae vel altsaa sige, at det ikke er en lupus, men er det da et cancrøst ulcus? Epitheliomer ere netop meget almindelige omkring Munden, der hvor den mucøse og den cutane Flade støde sammen; de have ogsaa Tilbøielighed til Ulceration, ɔ: de bryde op i et senere Stadium, og den pathologiske Masse destrueres i Smaapartikler, der gaae bort med en ichorøs Vædske. Men endskjøndt en Epitalialcancer ulcererer, gaaer den paa ingen Maade tilgrunde derved, thi imedens enkelte Dele af den udstødes, skrider den samtidig frem i Omfang og i Dybde. Her er nu ingen cancrøs Masse at opdage, hverken omkring eller under Ulcerationen; følgelig er det heller ikke et ulcus cancrosum.

Kunde det da maaskee være syphilitisk? Sygdommen har idetmindste varet et Aar, og det kunde derfor ialtfald vel ikke være en primær Affection, men det er vel ikke heller noget secundært ulcus, opstaaet af en Hudsygdom, thi en saadan vilde næppe holde sig til et saa lille Parti af Huden. Derimod maatte vi snarest tænke paa en tertiær Affection, en gummøs Svulst, som var brudt op og havde efterladt dette ulcus; den tidligere lille ulcererede Knude i selve Commissuren kunde vi da ligeledes antage

for at have været syphilitisk. Hvad der dog kunde tale herimod er, at vi intetsteds ellers paa Legemet have kunnet finde noget Tegn paa Syphilis, og at Patienten selv benægter denne Aarsag. Men den Syges Angivelse har som bekjendt ikke megen Betydning for os med Hensyn til dette Spørgsmaal, naar vi iøvrigt have characteristiske Symptomer.

Vi maae endnu erindre, at man af og til her i Ansigtet har fundet et eget Slags ulcera, som deels benævnes papillære, idet de skulde begynde som en Hypertrophi af det papillære Væv i corium, deels ulcus rodens; under den sidste Benævnelse har Paget i England beskrevet en Form af Ulceration, som characteriserer sig ved sit chroniske, næsten stationære Forløb, som kun gaaer ind i eller i det Høieste igjennem Huden, og enten viser sig som en rød, lidt fordybet, tør Flade, eller som en crusta, der undertiden falder af, men saa danner sig paany. Den kan holde sig uforandret i Maaneder og i Aar, medfører ingen Glandelsvulster, ingen Almeenlidelse og har altsaa ikke nogen malign Natur, og det vigtigste Skjelnemærke imellem den og et ulcereret Cancroid er, at man ikke finder nogen Degeneration af Omfanget, ingen Nydannelse; kortsagt, det er et ulcus, men ikke en ulcereret tumor. Af og til kan et ulcus rodens ogsaa bringes til at cicatricere, idetmindste for en Tid, og Nogle af mine Tilhørere have vistnok seet et Exempel derpaa hos en Mand fra Landet, der indlagdes ifjor i Hospitalet for et ulcus palpebræ. Det helede tilsidst efter gjentagne lette Cauterisationer, hvilket naturligviis ikke vilde være skeet, hvis det havde været en ulcereret Svulst; jeg har i det Hele iagttaget 3 Tilfælde af denne Sygdom og alle tre havde deres Sæde i Nærheden

af radix nasi, nemlig det ene omtrent ved canthus internus, det andet omtrent ved glabella og det tredie midt paa dorsum nasi. Denne sidste Patient var en ældre Dame her i Byen, som i alle de Maaneder, hun var under min Behandling, havde været fuldstændigt vel med Undtagelse af det lille ærtestore ulcus, der i Reglen var bedækket af en tynd crusta. For kort Tid siden fik hun imidlertid en erysipelas capitis, af hvilken hun døde paa nogle faa Dage.

Nogen aldeles sikker Diagnose vil jeg maaskee ikke stille i dette Øieblik; jeg hælder dog snarest til den Anskuelse, at det er en tertiær syphilitisk Affection og jeg har derfor ogsaa strax ladet Patienten begynde paa en antisyphilitisk Behandling, nemlig en Jodcuur. Vi ville muligviis derved komme til en Diagnose, idet jeg vil antage det for et Tegn paa Syphilis, hvis Ulcerationen hurtig cicatriserer under Brugen af Jodkalium. I modsat Fald tænker jeg at anvende en local Behandling med et eller andet causticum; kanskee jeg vil prøve pulvis Cosmicus, som jo i ældre Tid næsten betragtedes som et specificum ved ulcera faciei, hvilke altsaa ikke burde benævnes „noli me tangere.“

NB. Patienten kom sig saa hurtigt under Behandlingen med Jodkalium, at Diagnosen af Syphilis maatte antages for constateret.

6.

Lupus. — Stomaplastik. — Labium leporinum.

Mine Herrer!

Det er en Bemærkning, jeg har gjort saa ofte, at den næsten kunde kaldes „forslidt“, at vi her paa Hospitalet tidt faae flere Exempler kort efter hinanden af sjeldne Sygdomme, og at der derefter atter kan hengaae nogle Aar, inden vi igjen faae et Tilfælde deraf.

Jeg kan saaledes idag paany vise Dem en Sygdom ved Munden, opstaaet som Følge af en Ulcerationsproces; men her have vi kun med Resultaterne af Sygdommen at gjøre, nemlig med en Deformitet, der ikke blot vanzirer Ansigtet i høieste Grad, men tillige har medført en saadan Functionsforstyrrelse, at vi nødes til at foretage en Operation.

Patienten, der boer i Skovshoved, er kommet herind for at opereres, og naar vi nu have discuteret hendes Lidelse og ere blevne enige om den bedste Methode for Behandlingen, skal jeg med det Samme udføre Operationen for Dem.

Det er altsaa en Pige paa nogle og tyve Aar, som i de sidste 10 Aar har liidt af en Sygdom i Ansigtet, der har medført en saadan Forsnævring af de naturlige Aab-

ninger, at den hindrer hende i at respirere og at spise. Hun har havt Ulcerationer, som vel undertiden ere helet, men snart brudt op igjen, og dette har gjentaget sig mange Gange i disse Aar.

Munden er saa forsnævret, at hun ikke kan spise uden at dele Føden fiint, hvorfor ogsaa Ernæringen er utilstrækkelig; man kan accurat presse en Finger ind i Munden, der seer ud som et Snørehul. Naar man holder hende for Munden, kan hun kun respirere nogle faa Øieblikke, thi der er samtidig en Forsnævring i begge Sider af Næsen. Paa Høire kan man kun komme ind med en Sonde, paa Venstre med et lidt tykkere Instrument, men man møder en ny Hindring inde i Næsecaviteterne, idet de ere heelt fyldte med haarde crustæ.

Den prominerende Deel af Næsen mangler og hun har i det Hele et saa aparte Udseende, at Diagnosen næsten kan stilles blot ved at betragte hende. Huden er stiv, ueftergivende, saavel omkring Munden som om Næsen, og bestaaer af retraheret Cicatricevæv, hvilket temmelig sikkert angiver os, hvad det er for en Sygdom.

Her maa nemlig have været et udbredt og dybtgaaende Substanstab, som ved Helingen har frembragt den særegne Deformitet; men hvad kan have været Aarsagen til et saa sort Substanstab? Da Sygdommen ikke er af traumatisk Oprindelse (Skudsaar og deslige), maa det have været en Gangræn eller en Ulcerationsproces; nu findes der vel Gangræner i Ansigtet (f. Ex. noma), der kunne destruere større Partier, men dog næppe baade hele Næsen og hele Omfanget af Munden; en Forbrænding, der gik i den Grad i Dybden, som Destructionsprocessen er gaaet

hos denne Patient, vilde næppe have holdt sig begrændset til en saa lille Flade.

Vi kunne altsaa alene af Patientens Udseende antage, at der har været dybtgaaende Ulcerationer, og saadanne ere vel enten betingede af Syphilis eller af Lupus. Syphilis kan ganske sikkert medføre betydelige Læsioner og Deformiteter af Næsen, men knap saadanne som i dette Tilfælde, hvor hele den ydre Næse mangler. Rigtignok pleier man at høre det populære Udtryk, at et Menneske har „mistet Næsen“ af Syphilis, men De vide jo, at det ikke maa tages bogstaveligt, idet Næsen som saadan ingenlunde mangler; men naar septum nasi er gaaet bort ved en Caries eller Necrose (eller Blanding af begge), saa bliver den applaneret, synker ind i Niveau med de omgivende Dele, fordi det „Stillads“, som den stod paa, er gaaet i Stykker. Her har det altsaa vist været en Lupus, der jo fortrinsviis optræder omkring Ansigtets Aabninger. Den ulcerative Proces er endnu ikke forbi, thi omkring den ene Side af Næsen sidde der nogle crustæ, under hvilke der vistnok er et ulcus. Munden har været lægt i et halvt Aar; derfor er Sygdommen vist nu paa et Stadium, hvor man kan gjøre Noget for hende. Dette bestaaer i at gjøre Munden større og at bevare Størrelsen selv efterat den er lægt.

Førend jeg imidlertid gaaer over til Behandlingen, vil jeg gjøre nogle Bemærkninger i lingvistisk Henseende. Vor Patients Deformitet hører til en større Classe af Sygdomme, som bestaae i, at een af de naturlige Aabninger er for lille eller endog heelt lukket. Til at betegne den sidstnævnte Affection har man forskjellige Benævnelser, som Forfatterne ofte benytte iflæng, nemlig Obliteration, Occlu-

sion, Imperforation, Atresi; de ere ingenlunde Synonymer, endskjøndt de maaskee ofte antages for at være det.

Hvis Aabningen er mindre, end den normalt skulde være, bruges ialmindelighed Ordet Forsnævring.

Lad os nu for Mundens Vedkommende undersøge, hvilken Betegnelse der er den meest passende, naar Aabningen fuldstændigt mangler ved Fødslen. Kan man kalde det en imperforatio oris? Paa en vis Maade kunde det synes at være en klar og god Benævnelse af Tilstanden, men i Ordet „imperforatio“ ligger dog den Supposition skjult, at Mundaabningen skulde komme tilveie derved, at den „perforeredes“, saaledes at den i en vis Periode af Foetallivet var lukket og først under en senere Udvikling aabnedes — hvad der f. Ex. er Tilfældet ved anus. — Men vi vide, at Munden ikke er tillukket ved nogen Membran i nogensomhelst Foetalperiode. — Hvis vi sige „Occlusion eller Obliteration af Munden“, saa tilkjendegive vi derved, at det Barn, der fødes uden Mundaabning, har havt en Aabning paa dette Sted, men at den er voxet sammen igjen i Foetallivet; vi betegne altsaa den Maade, hvorpaa Deformiteten er kommet istand, men saa skulde vi først kunne bevise, at det er den rette Forklaring — og hidtil er det vistnok uoplyst, hvorledes det gaaer til.

Derimod have vi i „Atresi“ et Ord, som aldeles ikke præjudicerer Spørgsmaalet om, paa hvilken Maade Misdannelsen er opstaaet, thi α (privativum) og τρησις (Hul) betyder blot Mangel paa Hul, altsaa kunne vi bedst kalde Sygdommen for atresia congenita oris. I Analogi dermed skulle vi ogsaa sige atresia vulvæ, colli uteri, meatus auditorii, medens imperforatio passer ved den medfødte Tilluk-

ning af de Aabninger, om hvilke vi vide, at de tidligere i Udviklingen normalt ere lukkede, indtil der foregaaer en physiologisk Perforation, altsaa imperforatio vaginæ, ani, palpebrarum[1]).

Men hvorledes udtrykker man den Tilstand, hvor een af de naturlige Aabninger er langt mindre, end den skulde være? Her have Chirurgerne ganske almindeligt hjulpet sig paa den Maade at de sagde: Atresier og Imperforationer kunne være deels complette, deels incomplette. Vistnok kan man forstaae, hvad de mene dermed, men man maa dog indrømme, at en saadan Nomenclatur er utilladelig. Atresi er „Mangel paa Hul“ og enten Aabningen er stor eller lille, kan man ikke bruge Ordet atresia, thi enten er der et Hul eller der er ikke noget Hul. Kan man altsaa blot bringe en Sonde ind igjennem Mundaabningen hos et nyfødt Barn, saa har dette Barn ikke en Atresi; men hviken Benævnelse skulde vi sætte i Stedet derfor? „Medfødt Forsnævring“ er heller ikke noget heldigt Udtryk, thi derved betegne vi, at Aabningen er blevet forsnævret i Foetallivet, og da Ætiologien er os ubekjendt, have vi ikke Lov til at bruge et Ord, der angiver en bestemt Dannelsesmaade. Af samme Grund passe de latinske Ord: strictura og coarctatio heller ikke.

Men vi have et godt gammelt græsk Ord „φιμωσις“, der rigtignok for det Meste anvendes ved præputium, men ligesaavel kan benyttes ved enhver anden Aabning, da

---

[1]) Foruden de omtalte medfødte Tilstande har man ogsaa accidentelle eller acqvisite Tillukninger af Legemets Aabninger (eller Canaler); saadanne kan man godt benævne Obliteration eller Occlusion.

det kun betyder „Snæverhed“. Vi have jo ogsaa en Affection, som kaldes phimosis palpebrarum eller blepharophimosis, saa at der Intet er til Hinder for at tale om phimosis af Munden. En phimosis kan dernæst være congenita eller acquisita, og jeg troer derfor, at den bedste Benævnelse for vor Patients pathologiske Tilstand vilde være phimosis acquisita oris et narium; man kunde ogsaa sige ph. labialis eller buccalis, og istedetfor ph. narium kunde man kalde det en ph. nasi eller nasalis.

Disse Ord har jeg optaget efter Verneuil, som allerede for 20 Aar siden (Gazette hebdomadaire 1857) har gjort opmærksom paa den uheldige Terminologi, der er blevet almindelig i de chirurgiske Haandbøger ved Beskrivelsen af de omhandlede Deformiteter. Een af hans Elever, [1]) Gressy, har gjort det samme Spørgsmaal til Gjenstand for sin Doctor-Disputats og behandlet disse Sygdomme i de mucøse Aabninger meget udførligt i Henseende til Ætiologien.

Man har flere Methoder til denne saakaldte Stomaplastik. I tidligere Tid inciderede man blot til begge Sider, men efterhaanden som Cicatrisationen skred frem, blev Aabningen lige saa lille som før. En anden ældre Methode, angivet af Boyer, bestod i, at man efter at have gjort Incisionerne, og medens Helingen gik for sig, holdt Commissurerne udspilede ved Hjælp af to Hager, som man lod gaae omkring Ørerne. I den nyere Tid har man brugt at danne Commissurerne først ved paa de to Steder, hvor Mundaabningens Vinkler skulde være, at stikke en Blytraad ind igjennem Kinden og lade dem ligge, indtil der har

[1]) Des imperforations & atresies congénitales de la face — Thèse de Paris 1857.

dannet sig en Cicatrice; først da gjorde man Incisionerne. Denne Methode har man dog ikke brugt meget. Nu gjør man Incisionerne først og hindrer derpaa Randene af Saaret fra at voxe sammen. Man kunde i den Hensigt beklæde begge Saarrandene, eller maaske kun den ene, idet man med Sutur forenede den mucøse Membran med Huden langs det gjennemskaarne Parti; eller man kunde danne en lille Lap af den mucøse Membran i Vinklen og slaae den om og faae den til at voxe fast enten langs begge Læber eller kun paa den ene. Endelig kunde man med Chlorzink danne en eschara paa den ene Snitflade, medens man lod den anden skytte sig selv og cicatricere. Man har ogsaa brugt mere complicerede Methoder forat danne et rødt Prolabium, men det behøves ikke her.

Jeg vil nu altsaa med en boutonneret Bistouri dilatere den lille Mundaabning til begge Sider og derefter anlægge Suturer, som i hele Udstrækningen af Snittet fæste den mucøse Membran til Huden; selv om ikke alle Suturerne holde, vil det dog være tilstrækkeligt til at forhindre en Sammenvoxning. Forsnævringen af Næsen vil jeg slet ikke røre ved; det er meget tvivlsomt, om man kunde opnaae noget Synderligt ved en Operation, og ialtfald turde jeg ikke vove at foretage Noget for Øieblikket, da her endnu er et ulcereret Sted.

Jeg skal derefter udføre en anden lille Operation, nemlig for et labium leporinum. Det er et lille Barn paa et halvt Aar, som er kommet ind fra Landet for at der kunde foretages Noget ved den medfødte Deformitet, som

han lider af; han har nemlig et labium leporinum i Forbindelse med et palatum fissum.

Det er, som De see, et lab. leporinum duplex med et Tuberkel i Midten, der hænger fast ved Spidsen af Næsen som en Slags Fortsættelse af dennes septum.

Spalten i palatum gaaer baade igjennem de haarde og de bløde Dele, og uvula er desuden ogsaa spaltet; paa høire Side findes der en Sammenvoxning af os incisivum og maxilla superior, paa venstre Side er derimod Adskillelsen imellem de to Been fuldstændig. Svarende dertil findes ogsaa Spaltningen af labium superius mindre udtalt paa høire end paa venstre Side, hvor Randene gabe meget stærkt.

At Been og Bløddele samtidig ere spaltede, hidrører fra de foetale Forhold, idet Frontallappen, af hvis Forlængelse disse Dele dannes, baade indeholder Spiren til selve Benet og til de bløde Dele. Udebliver Sammenvoxningen af hiint maa den altsaa træffe begge Dele. Spalten i palatum og labium leporinum ere to Sygdomme, som man med Hensyn til Behandlingen har betragtet deels som sammenhængende, deels som adskilte. Der er gjort mange Staphyloraphier og Uranoplastiker hos smaa Børn, samtidigt med Operationen for labium leporinum. I England har man construeret en særegen Knebel (Smith's „gag") i det Øiemed at holde Munden aaben under Operationen. I dette Tilfælde skal der dog gjøres en Adskillelse mellem de to Operationer, idet labium leporinum først skal behandles. I palatum findes her en saadan Adskillelse, at septum nasi danner en fremstaaende Kile imellem de to ossa maxil., og det vilde være meget vanskeligt at dække

denne Kile, hvis man paa sædvanlig Maade dannede 2 Lapper fra proc. palatinus af maxilla superior.

Labium leporinum compliceret med os intermaxillare er behandlet paa forskjellig Maade. I ældre Tider klippede man ligefrem den fremstaaende Beendeel bort (Franco). I Slutningen af forrige Aarhundrede anvendtes en anden Fremgangsmaade, idet man forsøgte at presse det tilbage i Niveau med Processus alveolaris. Dette lykkes vist vanskeligt, selv ved et permanent Tryk. Dernæst har man raadet at brække det over ved et stærkt Tryk og saa bringe det i den normale Stilling. Man vilde da overbrække dets Stilk, dannet af septum, især vomers nederste Deel. Men ved et saadant Forsøg er man aldeles ikke Herre over, hvorvidt Fracturen gaaer. Denne kan strække sig meget langt, og der kan endog være Fare for, at den kan gaae op igjennem lamina perpendicularis ossis ethmoidei og af denne Vei blive til en Fractur af Basis cranii. Blandin foreslog at udskjære et trekantet Stykke af septum, saa at Tuberklet, naar dette var borte, lettere kunde trykkes ind; men forat denne Operation skal kunne lykkes, maa Tuberklet passe ind imellem Sidedelene, hvilket man ikke kan gjøre Regning paa, da dets Bredde oftest er saa stor, at den ikke kan faae Plads inde i Spalten. I vort Tilfælde er desuden Tuberklet med sin høire Side voxet fast til os maxillare sup. Hvor derimod Tuberklet var meget lille, vilde det ved at trykkes tilbage ikke komme i Contact med Sidedelene, og det vilde derfor ikke være til nogen Nytte ved Tygningen. I den nyeste Tid har man forsøgt at anvende ossøse Suturer, som Broca allerede for 10 Aar siden foreslog; han gjør Beenfladerne blodige og

anlægger Suturerne gjennem Benet. Han har foretaget et Par Operationer paa denne Maade, og i eet Tilfælde har han opnaaet primær Forening. Ved denne Methode kunde Patienterne maaskee endnu komme til at faae Gavn af os incisivum. Hvorfor man ikke gjerne vil tage Tuberklet bort, er, fordi Patienten da ikke faaer de 4 dentes incisivi, der udvikles herpaa, og hvis Follikler man ved Operationen skjærer bort. Men et Spørgsmaal er, om ikke ved Broca's Operation ogsaa Tandfolliklerne gaae tilgrunde; idetmindste maa man altid vente, at nogle af disse ødelægges, og hvis man ved hans Operationsmaade ikke faaer en fast Forening, er Intet opnaaet.

Man har tilraadet at foretage Operationen for labium leporinum i en tidlig Alder, for at de to maxillæ superiores efter Operationen kunde nærme sig til hinanden, men naar man meente at ville opnaae dette, maatte man ikke lade Tuberklet blive tilbage. Theoretisk er herimod at indvende, at selv om de to ossa maxill. sup. nærmede sig til hinanden, vilde der dog ikke være opnaaet meget, idet der da vilde opstaae den Ulempe, at maxilla superior dannede en Curve af en anden Størrelse end maxilla inferior; disse vilde da ikke passe sammen ved Tygningen og denne vilde være besværliggjort. — Hos vor Patient prominerer os incisivum saa stærkt, at man ikke kan forene Spalten, uden at Prominensen fjernes paa een eller anden Maade, og da Tuberklet er fastvoxet paa den ene Side, bliver den eneste Udvei at borttage det. Det skal her borttages med en Beensax i Niveau med Maxillen. Herved opstaaer der undertiden en ubehagelig Blødning fra een eller to Arterier, der er vanskelig at standse,

hvorfor et ferrum candens holdes i Beredskab. Man har villet forbedre den Blandin'ske Methode ved at gjøre den subperiostalt; man gjør da et Snit ind paa Kanten af den i Spalten prominerende Kile og med et stumpt Instrument (Scalpelskaft) løsner man saavel paa høire som paa venstre Side periostium med den mucøse Membran fra vomer, saaat man nu kan udklippe et trekantet Stykke af denne Beendeel, medens Bedækningerne ikke læderes. Af disse mere complicerede Operationsmethoder vil jeg dog ikke anvende nogen; jeg vil blot med en Beensax borttage den Deel af det ossøse Tuberkel, som staaer frem over Niveauet af den øvrige ossøse Flade, derpaa gjøre Randene blodige saavel af det cutane midterste Tuberkel som af de to laterale Hudspalter, og det derved dannede M vil jeg forene med Suturer.

De saae, at Blødningen fra Benet var temmelig rigelig; hos et voxent Menneske vilde man ikke regne det for nogen egentlig Hæmorrhagi og den vilde ikke kunne medføre nogen Fare for ham, men hos et Barn i den Alder er en Blødning af større Betydning og maa strax standses; jeg satte derfor øieblikkelig et lille ferrum candens paa, da det er det bedste Middel til at faae Hæmorrhagien fra en ossøs Flade stoppet.

7.

Caries syphilitica. — Cancer maxillæ et lingvæ.

Mine Herrer!

Vi ville idag tale om Sygdomme i Munden, idet jeg kan vise Dem flere Patienter, der lide af Affectioner i denne Region, deels i de bløde, deels i de haarde Dele. Begge Maxiller ere jo meget udsatte for forskjellige Slags Lidelser, saavel benigne som maligne, og navnlig hvad de sidste angaaer er der faa Been i Legemet, der angribes saa hyppigt; men ogsaa de mere godartede, f. Ex. inflammatoriske Sygdomme, ere temmelig almindelige, idet de saa let foranlediges ved Tandaffectioner, der forplante sig til proc. alveolaris og derfra maaskee videre til andre Partier af Maxillen. Operative Indgreb udføres jo ligeledes ofte paa disse Been, og i næste Time vil jeg rimeligviis have Leilighed til at foretage en partiel Resection af maxilla inferior, men de to Tilfælde, jeg nu skal vise Dem, indicere efter min Mening ikke nogen Operation.

Først ville vi betragte denne unge Pige, paa omtrent 25 Aar, som for nogen Tid siden kom herind for en Keratitis, der allerede næsten er helbredet, men som tillige har en sjeldnere ossøs Affection, hvorfor jeg troer at De kunne

have Gavn af, at jeg viser Dem hende. Aabnes Munden, seer man, at her er et aparte Forhold af de to forreste dentes incisivi, idet de ere rykkede op imod Næsen, saaat de ikke sidde i Niveau med de andre, De to Tænder ere heelt løse og kunne bevæges i alle Retninger. Patienten angiver, at de bleve løse for nogle Aar siden (da hun laae paa et Hospital i Sverig). Det er jo meget almindeligt, at Tænder lide derved, at alveoli angribes; ved en hvilkensomhelst Sygdom i Maxillen, Ostitis, Necrose, Osteosarcom, etc., skeer det at Tænderne løsnes og falde ud. Her ere de nu løse, men ikke faldet ud. Dette Forhold kan kun være fremkommet derved, at det ossøse Parti, som bærer Tænderne, er destrueret; vi maae antage, at et Beenstykke paa hver Side af linea media er faldet ud eller skudt opad mod Næsen. Og da septum nasi, navnlig vomer, vilde hindre en saadan Opstigning, maae vi antage, at dette er destrueret. Denne Destruction af ossa nasi bringer os til at tænke paa noget Constitutionelt, paa det som man kalder en syphilitisk Caries. Benævnelsen er imidlertid mindre correct, thi de smaa Beenstykker, som udskilles, ere næsten altid døde; det er altsaa snarere en Necrose. Vi maae altsaa her antage, at Patienten mangler en Deel af septum nasi, navnlig da en Deel af vomer, og ved Sondering kunne vi ogsaa let overbevise os om, at her ingen Skillevæg er, men at Næsens to Sidedele staae i umiddelbar Communication med hinanden. Ved nøiere Undersøgelse af den Syge har jeg fundet tydelige Cicatricer rundt omkring paa Legemet, paa Ryggen og Extremiteterne, Cicatricer, som tyde paa, at her har været Ulcerationer, saaat vi ikke kunne nære nogen Tvivl om Sygdommens Beskaffenhed:

det er tertiære Tilfælde. Behandlingen er kun een, og den har jeg ogsaa underkastet hende lige strax, ved nemlig at give hende Solutio kali hydrojodici; derimod troer jeg ikke, at den tilstedeværende Keratitis har Noget med Syphilis at gjøre.

Den anden Patient er en Mand fra Jylland, 50 Aar gammel, som er reist herover for at blive opereret; vi skulle derfor undersøge hvad det er, at han feiler, og derpaa afgjøre om der kunde være Indication for at behandle ham operativt.

Hans Relation er maaskee knap rigtigt paalidelig; han paastaaer, at han altid tidligere har været rask indtil hans nuværende Sygdom optraadte i Begyndelsen af forrige Aar. Den viste sig ved at han fik Smerter i venstre Side af Munden, hvilket han betragtede som Tandpine, og han har derfor successivt ladet alle Tænderne i max. superior udtrække, idet han haabede, at det skulde skaffe ham Lindring. Smerterne ere dog vedblevne uforandrede, snarere endog tiltagne.

Senere er der kommet endeel Svulst over venstre Side af Ansigtet, og nu strækker den sig ud over Kinden, heelt op imod Øiet og hen til Næsen; Huden er rød, glindsende, spændt, seer næsten plegmonøs ud og er endeel øm for Tryk. Inde i Munden seer man paa den indvendige Flade af venstre Kind en Ulceration, som begynder nær ved linea media og derfra udbreder sig omtrent i samme Udstrækning som Hævelsen findes udvendigt. Ved at fatte Kinden imellem Fingrene føler man den betydeligt fortykket.

Tænderne mangle altsaa i venstre Side, og der hvor de have siddet finder man nu en blødende, svampet Masse, processus alveolaris er fortykket, saavel imod den udvendige som den indvendige Side, og Fortykkelsen taber sig deels over paa processus palatinus, deels opad imod orbita. Med Sonden kan man trænge ind i en svampet Masse, blandet med Beensplinter, og paa eet Sted kan den endog føres heelt igjennem Væggen af anthrum Highmori ind i denne Cavitet; da man tog Sonden ud, viste den sig aldeles sort.

Patienten lægger særlig Vægt paa den Ulceration, der findes indvendig paa Kinden, og erklærer at det er her, at han især føler Smerter for Øieblikket; man kunde derfor maaskee troe, at Lidelsen væsentligt havde sit Sæde i Kinden og at Ulcerationen her var Udgangspunctet for Sygdommen, men det er sjeldent at en Ulceration, der begynder i de bløde Dele, i den Grad som her angriber Benene uden at den tillige strækker sig ud igjennem Huden. Omvendt er det derimod Reglen at ved maligne Degenerationer af de ossøse Dele afficeres efterhaanden de bedækkende bløde Lag, inclusive Integumenterne.

Hvis da Sygdommen i dette Tilfælde er udgaaet fra Benene, af hvad Natur er den saa, og fra hvilket Punct er den begyndt? I maxilla superior kan man deels see Lidelser begynde i selve det ossøse Væv, deels inde i anthrum Highmori; mon vi da her have oprindeligt en Sygdom inde i den nævnte Huulhed, hvorefter secundært Benet og endelig de bløde Dele ere angrebne? Det kunde være muligt, men det Rimeligste forekommer mig dog at være, at proc. alveolaris, som nu er den meest

destruerede Deel af Maxillen, er det først afficerede Parti; derfra har Processen strakt sig saavel indad mod palatum, som opad igjennem sinus maxillaris og udad i Kinden, hvor den er naaet temmelig nær til Huden, eftersom denne viser sig saa spændt og saa glindsende. Vi have altsaa uden Tvivl en malign ossøs Affection, en cancer maxillæ.

Hvad kunne vi nu gjøre for Patienten? For mig er der ingen Tvivl om, at vi aldeles ikke bør røre ved denne Sygdom; dermed vil jeg paa ingen Maade sige, at en Chirurg aldrig skulde kunne operere en cancer maxillæ, thi det er tvertimod en meget lidet indgribende Operation at fjerne en Deel af eller hele maxilla superior, og Helingen kan endog gaae saa hurtigt for sig, at Patienten kunde udskrives paa en Maaned eller maaskee kortere Tid; men her er der flere Omstændigheder, der afholde mig. For det Første er Degenerationen skredet saa overordentligt hurtigt frem, at Prognosen bliver altfor slet for en Operation. Dernæst er der en anden Omstændighed, hvilken jeg betragter som en absolut Contraindication, og det er de bløde Deles Tilstand. Man vilde maaskee indvende, at hvis man ved en Resection bortskaffede det Syge i Benet, f. Ex. ved en total Exstirpation af venstre maxilla superior, saa vilde man sagtens kunde fjerne den secundære Ulceration i Kinden enten ved Udskrabning eller ved Cauterisation. Men det lod sig ikke gjøre: den stærke Spænding og Rødme af Huden paa Kinden tyder paa, at denne er angrebet i hele sin Tykkelse, og Ulcerationen er allerede lige ved at bryde igjennem udvendigt.

Vi bør altsaa afholde os fra ethvert operativt Foretagende, og vort eneste Haab er at Sygdommen ikke maa

blive altfor protraheret; Udviklingen af den er jo ogsaa skeet med en saa rivende Hurtighed, at den snart vil afficere hele Organismen, og den lethale Udgang vil næppe lade vente længe paa sig.

M. H.! De foregaaende 2 Patienter lede af Sygdomme, der ikke egnede sig til at behandles operativt; nu skulde jeg til Slutning foretage en Operation, som i enhver Henseende er ubehagelig; for det Første fordi den nødvendigviis vil være meget smertefuld for Patienten, for det Andet fordi den vil være temmelig besværlig at udføre, men især kalder jeg den ubehagelig, fordi jeg ikke venter at kunne opnaae nogen radical Helbredelse af Sygdommen derved. Patienten er kommet reisende hertil fra Fyen, hendes Sygdom ængster og piner hende i den Grad, at hun absolut forlanger at underkaste sig en Operation; jeg har forberedt hende paa, at hun ikke maa vente nogen radical Cuur, jeg har endog villet fraraade hende Operationen som meget smertelig, men da hun alligevel insisterer, troer jeg ikke at kunne nægte hendes Forlangende, da jeg ialtfald næppe kan antage Operationen selv for at være livsfarlig.

Det er da en Exstirpation af en cancrøs Svulst paa Tungen. Patienten er en ældre Kone, som tidligere altid har været rask, indtil hun for et Par Maaneder siden først mærkede Begyndelsen til sin nuværende Sygdom. Den begyndte med en Svulst paa høire Side af Tungen, som tiltog i Størrelse, indtil den tilsidst ulcererede; „der gik Hul paa den“, som hun udtrykker sig. Efterat Svulsten var

ulcereret, tiltog den endnu mere i Størrelse; hun angiver, at der intetsteds ellers er noget Sygeligt.

Hun kan endnu række Tungen ud, og lade vi hende foretage denne Bevægelse, see vi en Svulst paa høire Side af den; paa denne findes et ulcus, som omgives af Massens haarde Rand og omtrent er af Størrelse som en 25 Øre; det svarer til anden dens molaris i Undermaxillen, som paa Kronen har en meget skarp Rand, et Forhold, som De jo vide, man overordentligt hyppigt finder ved Ulcerationer af Tungen. Lidt længere tilbage mod arcus palatinus finder man paa Randen et andet ulcereret Parti, og et tredie sees tæt ved linea media, noget mere fortil. Disse 3 Ulcerationer er det Eneste, man kan opdage; der er ingen Blødning, intet Secret, Svulsten føles haard og eensformig i sin Sammensætning.

Jeg sagde Dem, at Operationen var vanskelig. Man kan jo ikke komme til at anvende Anæsthesien fuldstændigt, en Omstændighed, som man allerede nu betragter som overmaade uheldig, skjøndt Anæsthesien selv kun er 30 Aar gammel. Den ene Methode er den locale Anæsthesi med æther; det er en Anvendelsesmaade, som passer meget godt ved smaa Steder, som f. Ex. naar man blot skulde gjøre gingiva ved en Tand følesløs, men i dette Tilfælde skal Følesløsheden trænge altfor meget i Dybden til at man kan anvende den. Jeg brugte den et Par Gange ved Operationer i Munden ifjor; ved eet af disse Tilfælde arriverede det at nogle Ætherdampe antændtes, da ferrum candens blev appliceret, men disse Dampes Flygtighed gjør jo, at de overordentligt hurtigt forsvinde, og de vare tilstede i saa ringe Mængde, at der ikke var Tale om, at

der tilføiedes Patienten den mindste Skade — ikke destomindre exploiteredes denne Tildragelse strax af nogle Provindsblade, som berettede, at der ved en Operation paa Frederiks Hospital ved Uforsigtighed var gaaet Ild i nogle Ætherdampe, som havde tilføiet Patienten en frygtelig Forbrænding. Det skulde ikke afholde mig fra at bruge Methoden her, hvis man kunde virke tilstrækkelig dybt, men det lader sig som sagt ikke gjøre. Den anden Maade at anæsthesere paa er Chloroformering (Inhalation), men netop ved Operationer i Næse og Mund kan man kun ufuldstændigt benytte den, og navnlig er den vanskelig at anvende ved blodige Operationer i Munden, thi ved Operationer i Næsen kan man, som Verneuil nylig har viist ved Resection af maxilla superior, benytte den, naar man tamponerer choannæ narium posteriores. De Vanskeligheder, man har at kjæmpe med ved Operationer paa de nævnte Steder, ere Hoste og Respirationsbesværligheder, naar Blodet flyder ned i larynx, hvorfor man kun kan anvende Chloroformeringen før Operationens Begyndelse; under den kan man søge at hjælpe sig ved at hælde lidt Chloroform paa en Svamp og holde den med Haanden under Næsen. Dernæst er Operationen selv vanskelig, men kan naturligviis godt udføres, ligesom Vanskelighederne allerede svinde en Deel, naar man gjør sig det ret klart, hvad man har at kjæmpe imod og overvinde. Localiteten lægger en Deel Hindringer i Veien, da man ikke saa godt kan arbeide med de sædvanlige Instrumenter til en Exstirpation; især er det slemt, naar man faaer Blødninger; deels ere de nemlig vanskelige at standse, da Blodet saa let kommer ned i Luftveiene, og i flere Tilfælde har Blødningen bevirket

Døden. Man kan nu formindske, om end ikke hæve Faren ved at anvende en Ecraseur. Svulsten strækker sig her heelt hen til radix lingvæ, saa at man kun har overordentlig liden Plads at raade over; for at hjælpe herpaa har man tilraadet Gjennemsaugning af maxilla inf. i Midtlinien som præliminair Operation, og dette har jeg allerede seet Nélaton udføre 3 Gange i saadanne Tilfælde, men de vare rigtignok alle mere fremskredne end vort. Gjennemsaugningen er i sig selv et ikke ringe operativt Indgreb, som man vistnok skal undgaae, hvor det kun nogenlunde er muligt, og jeg vil derfor her gjøre Operationen gjennem Munden. Kniv og Sax ere vanskelige Instrumenter at anvende her; arteriæ raninæ løbe saa tæt ved hinanden, at man meget let kommer til at skjære dem begge over; tager man saa fat paa den ene, kommer Blødningen til at standse fra den, medens den anden vedbliver at sprøite og meget let forleder Een til at antage, at man ikke har fattet Arterien, saaat man slipper den for at tage fat paa den anden. Jeg vil som sagt her bruge écraseur, men den kan dog ikke sikkre aldeles mod en Hæmorrhagi, tilmed da der først maa bringes en stor Naal igjennem den tykkeste Deel af Tungen; derfor maa man være forberedt paa at den kunde indtræde, og De see, at ferrum candens holdes i Beredskab.

Hvordan skal man nu gaae frem?

Først skal Tungen fixeres; jeg har dertil valgt Simpsons Naal, med hvilken en Staaltraad føres igjennem den forreste Deel af Tungen; derpaa skal Ecraseurens (Maisonneuve's) Traad føres igjennem Svulsten, hvilket skeer ved at stikke en Naal igjennem bagved Ulcerationen; nu

trækkes een Traad til hver Side og to Ecraseurer anbringes samtidig. Med Hensyn til Prognosen for en ulcereret Cancer lingvæ, saa vide De, m. H., at Patienten næsten aldrig lever et Aar efter Ulcerationens Begyndelse, naar der ikke gjøres Operation; det er en Erfaring, som man allerede var naaet til i Begyndelsen af dette Aarhundrede og som man ogsaa nutildags finder bekræftet. Døden er i saa Tilfælde meget smertelig; Smerterne ere lancinerende, de røve Patienten hans Nattesøvn og ere allerede tilstede her, hvorfor man heller ikke bør undslaae sig for at gjøre Operationen.

Der har, medens hun har været her, været anvendt Injection med ferrum aceticum; De kunde spørge, hvorfor der ikke skal fortsættes dermed, da det dog var muligt at faae Noget absorberet, men Grunden er da, at man, dersom Ulcerationen blev ved at skride frem, kunde nødes til at anvende en voldsommere Methode, naar man senere blev tvunget til at operere, og desuden har jeg ingen Tro til den gavnlige Virkning af dette Middel.

Efter Operationen ville vi jo vente secundaire Blødninger, som standses ved ferrum candens og Liquor stypticus. Operationen selv antager man i Almindelighed ikke for farlig, men der kan dog komme Pyæmi, Anæmi gjennem Blødning, endelig kan der komme Oedema glottidis. Disse Muligheder maa man tage med i Betragtning, naar man vil vurdere Operationens Værd og Farer.

8.

Ulcera lingvæ. — Glossitis. — Ranula.

Mine Herrer!

Ved den Patient, som jeg opererede i sidste Time, talte jeg slet ikke til Dem om Diagnosen; der kunde destoværre ikke være Tvivl om, at det var en cancrøs Svulst, idet Affectionen havde udbredt sig saa hurtigt til en stor Deel af Tungen, var brudt op flere Steder og endelig var ledsaget af stærke lancinerende Smerter. Imidlertid er Diagnosen af Ulcerationer og af Svulster i dette Organ ingenlunde let i alle Tilfælde; man kan finde baade andre Slags Svulster og andre Slags Ulcerationer. Vistnok ere de egentlige benigne tumores (lipomatøse, fibrøse, erectile) overmaade sjeldne, men der er en Læsion af Tungen, som kan simulere cancer og som dog er tilgjængelig for en fuldstændig Helbredelse alene ved indvendige Midler, og det er den syphilitiske, gummøse Affection. Naar vi finde en Induration i Tungen hos en Patient, hos hvem vi efter hans antecedentia kunde have Grund til at formode en syphilitisk Natur af Svulsten, bør vi idetmindste forsøge en Jodcuur førend vi indlade os paa nogen operativ Behandling. Hvad dernæst Ulcerationerne angaaer, da kunne

disse ogsaa have meget forskjellige Oprindelser; hos den sidst opererede Patient sagde jeg Dem, at der fandtes en meget skarp Kant paa en Tand, hvis Sæde netop svarede til den ene Ulceration paa Siderauden, og hvis der kun havde været den ene Ulceration, selv om Vævet i dens Omfang føltes noget haardere, vilde jeg have prøvet at behandle den som et ulcus simplex, frembragt ved den fortsatte Irritation. Tungen er jo en Samling af Muskler, der maaskee bevæges mere end nogen anden Muskel i hele Legemet, og da det er overordenlig vanskeligt at holde den fuldstændigt i Ro, vil det læderede Sted næsten ikke kunne holdes fri for den vedvarende mechaniske Irritation, som hindrer Helingen. For det Første maa man naturligviis fjerne Irritamentet og dernæst opfordre den Syge til at undgaae at bevæge Tungen mere end høist nødvendigt, navnlig maa man raade ham til at lade være at tale. Derimod vilde jeg heller fraraade Dem at bruge det Middel, som de Fleste — efter gammel Slendrian, kunde man vel sige — strax gribe til og fortsætte med, nemlig at touchere Stedet med arg. nitricum. Derved udsætter man sig snarere for at holde Saaret aabent, og det forekommer mig langt mere rationelt at anvende lunkent Vand eller et andet simpelt gargarisma (Hyldethee og deslige), idet man behandler Saaret som en Excoriation udvendig paa Legemet, ved hvilken Ro og et lunkent Omslag vilde være den fornuftigste Behandling.

I den nyere Tid har man ogsaa antaget tuberculøse ulcera paa Tungen, især paa dens Dorsalside og paa Randene; denne Affections Historie gaaer kun lidt over 10 Aar tilbage, og den første udførlige Fremstilling af den

skriver sig fra Trélat (archives générales 1870). Den skulde fra Begyndelsen af vise sig med smaa gule Knopper, der snart ulcererede og smeltede sammen til mere udbredte, men ikke meget dybe Saar, siddende paa en lidt indureret Bund. Undertiden skulde man ogsaa kunne finde lidt større tuberculøse Masser, som emollieredes og brød op, men det Characteristiske for Affectionen skulde være de smaa gule Korn. Sygdommen skulde meest ligne tuberculøse Ulcerationer i larynx og findes samtidig med disse eller med pulmonale Lidelser, men skulde ogsaa optræde som primær paa Tungen. Jeg troer ikke nogensinde at have seet noget Exempel paa et saadant ulcus, derimod er der naturligviis ofte Leilighed til at see de syphilitiske ulcera, der komme igjennem papulæ mucosæ, hvilke netop ikke sjeldent have deres Sæde her i Munden. Endelig skal jeg ogsaa nævne Dem en overfladisk Sygdom i Tungen, som man nutildags vil sætte i nært Forhold til cancer, nemlig psoriasis lingvæ; ved cancer mammæ ville vi komme tilbage til denne samme Sygdomsaarsag.

Naar jeg nu har gjennemgaaet de vigtigste Former af Lidelser i Tungen, da er det fordi jeg ved Siden af de chroniske Ulcerationer og chroniske Svulster vil kunne fremstille Dem en acut, inflammatorisk Affection. som netop er indkommet for faa Øieblikke siden og som kræver en chirurgisk Behandling, der ikke taaler den mindste Opsættelse.

Det er en finsk Matros, der pludselig blev syg for 3 Dage siden; han fik Smerter i Halsen og mere og mere Besvær ved Deglutitionen, tilsidst kunde han slet ikke synke Noget, ikke engang Vand. Ved at betragte Halsen,

sees udvendigt intet Abnormt, intet Phlegmonøst, ingen Udfyldning eller Rødme; men ved at aabne Munden har han Smerter, og disse ere Aarsag i, at han ikke kan eller ikke vil aabne den. Jeg vil bede Dem lægge Mærke til den eiendommelige Lyd, der høres naar jeg lader ham forsøge paa at tale; den tyder paa at der maa være en Hindring for Luftens Passage i Nærheden af fauces.

For rigtigt at undersøge ham vil jeg give ham Chloroform, da man ellers ikke kan faae aabnet Munden tilstrækkeligt.

Naar jeg nu, efterat han er bedøvet, lukker Munden op, sees Tungen tykkere og større end den skulde være; det er som om den knap kunde finde Plads derinde, derimod er der hverken nogen Svulst i sulcus alveololingvalis eller r. submentalis eller parotidea. Man seer altsaa tydeligt den inflammatoriske Opsvulmen af Tungen, men er det alene en glossitis og ikke mere? En saadan Volumenforøgelse af Tungen alene kunde nok gjøre Deglutitionen besværlig, og især da, jo mere den strækker sig bagtil, fordi der medfølger oedematøs Svulst af de omgivende Dele; hvis denne naaer til ligg. aryepiglottidea, kan den endog blive livsfarlig.

Anledningen til denne glossitis vides aldeles ikke; jeg har udspurgt ham i forskjellige Retninger, men ikke faaet nogensomhelst Oplysning. Man har seet glossitis opstaae ved directe Irritamenter, saaledes ved vulnera, tilfældige eller operative, ved Bid af Insecter, naar Patienten har sovet med aaben Mund. Det eneste Tilfælde, jeg hidtil har havt Leilighed til at iagttage, var hos en sund, yngre Mand, der meente at have faaet Sygdommen af meget stærk

Tobak. — Man kan dernæst finde partielle inflammatoriske Hævelser i Tungen, saasom omkring Excoriationer (af Tandstumper) eller omkring ulcera; jeg saae forrige Sommer hos Verneuil i Paris en temmelig betydelig Hævelse af apex lingvæ omkring et primært, syphilitisk Saar. — Det er jo ogsaa bekjendt nok, at ved catarrhalske Affectioner i Munden kan Tungen vise lidt overfladisk Hævelse, og at den mercurielle Salivation kan forøge Tungens Volumen. Her er det imidlertid en enorm Svulst af Tungen og især af dens bageste Deel; den maa hidrøre fra en stærk inflammatorisk Infiltration af hele Tungens Tykkelse, og ingen af de ovennævnte Aarsager synes at have været tilstede her, saaat vi maae nøies med at kalde den en spontan glossitis.

Patienten er, som De see, overordentlig besværet af sin Sygdom, og jeg vil derfor strax anvende et Middel, som kan lindre ham. Det som hurtigst vil frembringe Lindring er Incisioner, idet de formindske Svulsten og Spændingen ved at skaffe et rigeligt Udflod af Blod og af den serøse Infiltration.

Ved saadanne Incisioner, eller Scarrificationer, skal man søge at undgaae de Steder, hvor der ligge større vasa, saaledes den underste Flade med aa. raninæ; jeg vil derfor gjøre 2 longitudinelle Incisioner paa Dorsalsiden og een paa hver Siderand af Tungen, og naar man derefter vedligeholder Blødningen noget ved Udskylning med lunkent Vand, vil Tilstanden forhaabenlig snart bedres, endskjøndt den saae temmelig faretruende ud.

Vi ville nu, m. H., beskjæftige os Resten af Timen med denne lille Pige, paa 8—9 Aar, som har en Svulst i Munden af en ganske anden Natur; hun har en ranula, og herved forstaae vi en chronisk, indolent, cystisk Svulst paa et bestemt Sted, nemlig i sulcus alveololingvalis. Det er een af de Sygdomme, der meest have givet Anledning til Discussioner og Dissens imellem Chirurgerne. Efter Etymologien skulde ranula have Liighed med en Frø, endskjøndt det er vanskeligt at sige, hvori denne Liighed skulde bestaae, men ialtfald har man beholdt den samme Benævnelse for Sygdommen, selv ved Oversættelser i andre Sprog, saaledes paa Fransk: grenouillette; men naar nu Ordet ikke giver os nogen Oplysning om, hvad Sygdommen er, hvorfor beholder man det da? Hvorfor sætter man ikke et pathologisk-anatomisk Navn istedet? Det er fordi man ikke er paa det Rene med Svulstens pathologiske Anatomi; Alle ere vel enige i, at ranula skal betegne en cystisk Svulst i den bestemte Region, og at de andre Svulster, der kunne findes paa samme Sted (De erindre saaledes vistnok, at jeg for kort Tid siden exstirperede et Lipom, der havde sit Sæde her), ikke høre ind under den Categori, men hvorfra Cysten da har sin Oprindelse er just det Tvivlsomme.

Det sædvanlige Spørgsmaal kommer da frem her: er det en progen eller en neogen Cyste? Tidligere meente man, at den dannedes ved en Udvidning af ductus Whartonianus; den skulde altsaa være en Retentionscyste fra et Secretionsorgan, gl. submaxillaris, hvis Secret holdtes tilbage, idet Mundingen af dens Udføringsgang af een eller anden Grund tilstoppedes; Vædsken skulde da ved sit Tryk

udvide først den store ductus, derefter de mindre Gange inde i Glandlen og endelig denne selv. Man har endog til en Tid anført ranula som eet af de bedste Exempler paa en Retentionscyste, idet man antog for givet, at Svulsten var den udspilede gl. submaxillaris, og man har sagt, at Analogien desuden talte for denne Forklaring, idet man fandt lignende pathologiske Forhold ved andre secernerende Glandler. Men Analogien er langtfra fuldstændig. En enkelt Follikel, som ikke har flere acini eller nogen forgrenet Udføringsgang, kan ganske sikkert ved Retention udspiles til en Cyste. Man antager saaledes nu, at et ganglion (f. Ex. paa carpus) opstaaer ved Retention og Udspiling af folliculi synovipari i Synovialmembranens Væg; forholder det sig saaledes, er det en Retentionscyste. De mucøse eller sebace Cyster udvikles i folliculi sebacei, disses Udførselsgange tilstoppes ved Commedondannelse, der kommer en Ansamling af sebum i Folliklen, de smaa Udløbere udvidskes ved Trykket og udvides; de opfyldes da med en grødet Masse, bestaaende af Epithelialceller, Fedt, sebum og undertiden Pus, hvorfor de have faaet Navnet Atheromer. Aabningen for ductus Whartonianus kan nu vistnok tilstoppes; man har seet den tillukket ved en calculus salivalis eller af anden Aarsag, men der opstaaer da en Retention af saliva, ledsaget af acute Tilfælde, som Spænding, Hævelse, Udvidelse af hele Glandlen, og man faaer maaskee en Tilstand, der er analog med en angina parotidea; saasnart der imidlertid er skaffet Udløb for Ansamlingen, ere Tilfældene med det Samme hævede. I en sammensat Glandel, som glandula submaxillaris, fremkaldes nemlig ved Tilstopning af dens Udførselsgang nok

en Retention, men ikke en Retentionscyste. Førend hele Glandlen skulde kunne udspiles til en Cyste, maatte desuden alle Forgreningerne udspiles hver for sig. Havde man en Tilstopning af den forreste og bageste Ende af ductus Whartonianus vilde man faae en Retentionscyste, dannet af den aflukkede Canal, men i Forbindelse dermed skete der en Retention ved at Secretet fra Glandula submaxillaris var forhindret fra at have Afløb, og det vilde foraarsage en acut, ikke en chronisk, indolent Svulst. Man har sammenlignet den formeentlige Cyste, dannet af gl. submaxillaris, med en Hydronephrose; men her findes ikke den dichotomiske Forgrening, i hvilken Urinen kunde stagnere og udøve sit Tryk; Urinen trykker derimod ligefrem paa Papillerne, og bringer dem derved til Atrophi. I mamma haves en Glandel med dichotomisk Forgrening, men her findes heller ikke saadanne Retentionscyster ved Tilstopning af Udmundingerne paa Papillen. Hvad der dog især, med Hensyn til ranula, maa modsige Opfattelsen af den som en Retentionscyste af glandula submaxillaris, er at man altid finder fri Gjennemgang for saliva gjennem Udførselsgangene, der udmunde paa de to smaa Papiller paa Siderne af frenulum lingvæ, hvilket allerede Nélaton for en Snees Aar siden gjorde sine Tilhørere opmærksomme paa. Man kan let overbevise sig herom ved at irritere Partiet omkring Papillerne, idet man da iagttager saliva at flyde ud fra disse.

Man har ogsaa angivet en anden Oprindelse for ranula, idet man har antaget den for en virkelig Cyste i en bursa mucosa, som nogle Anatomer mene at have fundet paa begge Sider af frenulum. Denne bursa er dog noget tvivl-

som, idet andre Anatomer benægte den, og den er da idetmindste ikke constant.

En ganske anden Forklaring af ranula har man søgt i en Bristning af d. Whartonianus; herved, sagde man, vilde saliva udtræde, det vilde efterhaanden afkapsle sig og blive til en ranula, der altsaa skulde opfattes som en neogen Cyste. Denne Mening er dog atter frafaldet af de Fleste, da man maatte antage, at en Bristning vilde medføre acute Tilfælde, hvilket man ikke iagttager, inden det kommer til den mere chroniske Encystering.

Endelig antages ranula nu at bestaae i en Sygdom i glandula sublingvalis. Naar der i sulcus alveololingvalis intet Abnormt findes, føler den indførte Finger kun en lidet fremragende skarp Kant, dannet af denne Glandel, der egentligt bestaaer af en Række smaa, kun lidet sammenhængende Glandler, hvis Udførselsgange deels ere isolerede, deels sammenflydende i lidt større Gange, som ductus Rivini og ductus Bartholini. Antallet af de smaa Udførselsgange er noget variabelt, mellem 5 og 20; disse ere overordentlig fine og udmunde i en Række i sulcus alveolo-lingvalis. Ved Svulst af denne og af andre Aarsager vil een eller anden af disse ductus let kunne tilstoppes og derved forhindre Udførslen fra den tilsvarende Glandel. Ranula har jo ogsaa sit Sæde, svarende i Hovedsagen til Beliggenheden af gl. sublingvalis. Vi ville altsaa antage, at ranula opstaaer ved Tilstopning af en Udførselsgang fra gl. lingvalis.

Irriterer man her Partiet omkring frenulum lingvæ, finder man desuden, at der udflyder Secret fra begge ductus Whartoniani, saa at disse ere aabne. Hos vor Patient

findes der en Svulst baade i høire og venstre sulcus alveolo-lingvalis, dog tilhører Svulsten paa venstre Side egentlig den høire, idet den har skudt sig lidt forbi Midtlinien mellem mm. genioglossi og den mucøse Membran.

Ranula er ikke nogen hyppig Sygdom, og der har i en Række af Aar her paa Hospitalet kun været 2 andre Tilfælde. Det ene var en yngre Mand, hvis Svulst blev behandlet med gjentagne Puncturer, Incisioner og Cauterisationer uden synderligt Held, idet der endog opstod næsten putride Tilfælde; der fandtes da tilsidst et lille Agglomerat af Haar, uvist om det var dannet i selve Cysten eller kommet herhen paa anden Maade; da det var fjernet, lykkedes Helbredelsen. Den anden Patient var en Bondepige, hvis ranula havde meget tykke Vægge og et gelatinøst Indhold.

Denne Patient har liidt af sin Sygdom siden Nytaar, altsaa i omtrent $^3/_4$ Aar; hun er blevet behandlet med Punctur, men Vædsken har atter reproduceret sig. Cysten er slap og blød at føle paa, som en Sæk, der ikke heelt er fyldt med Vædske. Indholdet i den kan forskydes fra den ene til den anden Side af frenulum lingvæ. Paa et enkelt Sted har der dannet sig en stærkere Prominens, hvor Vædsken føles tydeligere, saa at Membranen her maa være tynd. Naar i det Hele Membranen er meget tynd, vil man ikke kunne exstirpere Svulsten, hvilket ellers er det Rationelleste, og man maa da nøies med en simpel Incision; man kan ogsaa cauterisere Cystevæggen, eller man kan trække et Setaceum igjennem den, men man maa ofte gjentage disse Operationer flere Gange. Dupuytren, der antog ranula for en Tilstopning af ductus Whartonianus,

anvendte et lille Rør, der skulde indlægges i Cysten. Dette havde Form af en Dobbeltknap med gjennemboret Stilk, hvilken Patienten stadigt skulde bære.

De saae nu, m. H., hvorledes jeg udførte Operationen. Skjøndt Cystevæggen viste sig at være tynd, lykkedes det dog at enucleere den største Deel deraf, med Undtagelse af enkelte Tjavser; skjøndt disse ere blevne tilbage, maa man dog antage Cysten for destrueret som secernerende Membran. Ved Operationen anvendtes især Fingre og Sax, hvorfor der heller ikke kom nogen arteriel Blødning; vilde man anvende Kniven, vilde man kunne udsætte sig for at lædere n. lingvalis, art. sublingvalis og ductus Whartonianus, der ligge i sulcus alveolo-lingvalis. Operationssaaret danner en stor Huulhed. Skjøndt Svulsten ogsaa, som omtalt, prominerede paa venstre Side, exstirperedes den dog igjennem Incisionen i høire sulcus alveolo-lingvalis. Med Hensyn til Efterbehandlingen, saa skal Patienten foreløbigt kun udskylle Munden jævnligt for at undgaae Stagnation af Saarsecreterne. Man maa vente, at der efter den temmeligt indgribende Operation vil komme en betydelig Svulst.

Foruden at man i den nyere Tid har faaet en bedre Forklaring paa ranula, har man ogsaa bedre lært at kjende en anden Slags Cyster, som ligge inde i Maxillerne. Disse har især Dupuytren beskrevet. Man har to Slags: den ene Art forekommer kun i maxilla superior, den anden baade

i denne og maxilla inferior. Den første Art Cyster udgaaer fra anthrum Highmori, den anden fra Tandfolliklerne. Disse Cysters Udvikling skriver sig fra den Periode, hvor Tændernes Dannelse endnu ikke er fuldendt, hvorfor de ogsaa især findes hos Børn og unge Mennesker. Man har i et givet Tilfælde været i Tvivl om Cystens Oprindelse naar der ingen Tand manglede, fra hvis Follikel den skulde være udviklet; man har da grebet til den Forklaring, at Cysten kunde være udviklet fra en surnummeraær Tandfollikel, idet man undertiden seer, at der danner sig een eller flere overtallige Tænder. Saadanne Tandfollikelcyster kunne findes baade ved dentes lactei og dentes permanentes, og de kunne opnaae en betydelig Størrelse; det er altsaa en Slags Odontomer.

9.

Polypus naso-pharyngeus.

Mine Herrer!

Jeg skal idag foretage en temmelig slem, baade langvarig og smertefuld Operation, men jeg vil nu først omtale Patienten for Dem, hans Sygdom og Maaden, hvorpaa en saadan Operation kan udføres. Patienten er en sund og kraftig Karl her ved Hospitalet, omtrent 20 Aar gammel. Han angiver, at han i nogen Tid har følt Besvær ved Respirationen og Deglutitionen og at han af og til har havt epistaxis; men undertiden „spytter" han ogsaa Blod op, hvilket dog kunde komme fra fauces, da det efter hans Beskrivelse ikke synes at hidrøre fra en Hæmoptyse. Han taler med meget udtalt Nasalstemme og under Søvnen er der en stertorøs Lyd ved Respirationen, saa stærk, at de Andre, der ligge i den samme Stue, blive forstyrrede derved.

Dette tyder altsaa paa, at der i fauces findes Noget, som hindrer Luftens Passage; naar man da undersøger denne Region, seer man, at velum palatinum, istedetfor som normalt at hænge frit ned i en vis Afstand fra Tungen, dannende en Concavitet fortil, her næsten ligger i Berøring med Dorsalfladen af Tungen og i det Hele er skudt endeel

fortil, saaat det nu viser en Convexitet. Dette tyder paa en Sygdom, som i de senere Decennier ikke sjeldent er iagttaget, nemlig en Polyp fra basis cranii.

I lige Linie med Mundhulens øverste Væg eller Loft, palatum durum, ligger, som De vel vide, atlas og epistropheus; har man nu en Svulst, som udspringer lidt høiere oppe, saaledes som her, maae vi antage, at den har sit Sæde paa basis cranii, paa pars basilaris ossis occipitis eller paa os sphenoideum. Velum palatinum kan løftes op med en Hage, og nu viser sig hele Rummet bagved opfyldt af en Svulst, omtrent som en stor Valdnød. En saadan Svulst rager i Almindelighed ind i cavitas nasi, den kan udbrede sig her og bliver altsaa til en forgrenet tumor, hvis ene Parti findes i Næsen, den anden i pharynx; derfor kalder man den en nasopharyngeal Polyp.

Naar man taler om Polyper, saa forstaaer man derved i det Hele de tumores, som udgaae fra Væggene af en mucøs Huulhed og som for det Meste have en petiolat Form med en smallere Tilhæftning. Men man udvider ogsaa Begrebet saaledes, at man kalder Svulsterne for Polyper, selv om de have en bredere Insertion, og naar man siger en „Polyp“ uden videre Tilsætning, forstaaer man hyppigst en polypøs Svulst i Næsen. Den almindeligste Form, hvorunder disse forekomme, er som mucøse Polyper, men en saadan have vi ikke her, thi den har en fast Consistens, omtrent som naar man føler paa fibrøst Væv, og der findes ogsaa flere andre Slags Svulster paa dette Sted, navnlig de cancrøse og de fibrøse. De første ere ikke saa ganske sjeldne; var den foreliggende en saadan, vilde den rimeligviis være udgaaet fra Benet, og den pleier da at

være temmelig blød, saaat man f. Ex. let knuser den, naar man fatter den med en Polyptang, hvorved ofte kan opstaae betydelig Hæmorrhagi; Patienterne døe i Almindelighed med en tydelig cancrøs Cachexi. De sidste derimod ere haarde, give ikke efter for Tryk; de have constant deres Udgangspunct fra den øverste Deel af pharynx eller den bageste Deel af Næsen, enten fra Omfanget af choannæ narium posteriores eller fra pars basilaris, men hyppigst fra den underste Flade af os sphenoideum. Meget sjeldent finder man en tredie Slags Svulst her, nemlig Adenomer eller rettere Polyadenomer, da de vel i Reglen udgaae som en pathologisk Dannelse fra flere af de Glandler, som ligge paa dette Sted i stor Mængde i den mucøse Membran; de ere først beskrevne for en Snees Aar siden af franske Læger, især af Verneuil, der, som jeg omtalte i een af de tidligere Forelæsninger, har beskjæftiget sig med den samme Sygdom i gl. sebaceæ & sudoriparæ, og de høre til de mindre benigne Svulster, idet de vist til Slutningen kunne ligne de egentlige Epitheliomer.

Her har jeg nu antaget, at vi havde at gjøre med en fibrøs Polyp, og dermed har jeg tillige angivet hvorfra Svulsten skulde have sin Udgang; vi have paa dette Sted først den mucøse Membran, dernæst periostium og saa Benet (paa et Par Puncter i basis cranii findes desuden, som bekjendt, cartilaginøse Masser, navnlig ved Sammenstødet af os temporum og os sphenoideum). Hvert af disse Lag kan siges at frembringe sin Slags Polyper, nemlig den mucøse Membran frembringer de mucøse (maaskee ogsaa Adenomerne), periostium frembringer de fibrøse og Benet de cancrøse Polyper. Naar jeg altsaa her siger „en fibrøs

Polyp“, mener jeg baade, at dens Sammensætning er fibrøs og at den har sit Udspring (sin Insertion) i periostium, hvoraf følger at den hænger temmelig fast; den kan ikke rives af, men maa enten skjæres, klippes eller snøres af, er altsaa meget vanskelig at fjerne.

Det er en meget farlig Sygdom; vistnok har dens Pathologi været bekjendt fra tidligere Tid, og f. Ex. Dupuytren har beskjæftiget sig endeel med disse Svulster, men det er især i de sidste 30 Aar, at man rigtigt er kommet paa det Rene med deres Forhold, hvorfor vi have Nélaton og hans Elever at takke. Jeg har netop for 25 Aar siden havt Lejlighed til at see mange af Nélatons Tilfælde og høre hans Fremstilling af Sygdommen; idet jeg nu senere som Overlæge her paa Hospitalet har iagttaget flere af disse Svulster, har jeg faaet bekræftet Rigtigheden af Nélatons Anskuelser; han sagde saaledes, at de altid forekom hos unge Mennesker, fra noget før Puberteten til henimod 30 Aar. At de aldrig sees hos Gamle hidrører fra, at Patienterne ikke opnaae nogen høi Alder, fordi de døe forinden, med mindre man fjerner dem ved een eller anden chirurgisk Behandling. Svulsten tiltager nemlig bestandig i Størrelse og medfører derved betydelige Forstyrrelser i de vigtigste Functioner, især hindrer den ved sit forøgede Volumen Respirationen og Deglutitionen. En anden farlig Omstændighed er dens Ulceration, som kommer af at den ved sin Væxt kommer i Berøring med ossøse Dele og presses stærkt imod dem; deels ledsages disse Ulcerationer af Blødninger, som ved deres Gjentagelse kunne medføre fuldstændig Anæmi, deels kan der fra de ulcererede Steder komme et rigeligt ichorøst Udflod, som vel for en Deel

udtømmes udvendigt, men ogsaa synkes, især maaskee om Natten, og derved foraarsager en Forstyrrelse i Digestionen og Ernæringen, der endog kan blive lethal. Dog kunne saadanne ulcererede Steder cicatricere, men ved Granulationen frembringes en ny Complication, idet den giver Anledning til secundære Adhærencer imellem Svulsten og forskjellige Puncter af de mucøse Huulheder, især inde i Næsen. Dette forklarer baade at naso-pharyngeale Polyper kunne synes at have flere Insertioner og at de kunne være vanskelige at exstirpere. De see altsaa, m. H., at der ved denne Sygdom er Farer nok for Livet, nemlig ved Hæmorrhagier, ved Digestionsforstyrrelse, ved den forhindrede Deglutition, men fremfor Alt ved Suffocation, naar Svulsten har opnaaet et stort Volumen. Det er derfor klart, at Exstirpationen er absolut indiceret.

Men paa hvilken Maade skal man helst exstirpere den? Herom have Meningerne været meget deelte; tidligere var det den almindelige Anskuelse og enkelte Chirurger holde maaskee endnu paa, at en saadan Polyp bør afsnøres. Man skulde see at anbringe en Ligatur om dens Basis, og saaledes skulde den lidt efter lidt løsnes og gaae bort ved en Ulcerationsproces paa Ligaturstedet. Vistnok kunde det lykkes at fjerne den paa den Maade, men det er en Operation, som jeg ikke vilde vove og som Nélaton ogsaa fraraader, thi den omsnørede Svulst ligger som en død og halvraadden Masse i fauces; der vil naturligviis flyde en stor Mængde Vædske ud fra den i den Tid; det ichorøse Fluidum vil synkes og Patienten vil kunne døe af en Slags putrid Infection. Jeg vilde derfor under alle Omstændigheder vælge en Methode, hvorved Polypen

kunde fjernes med det Samme, men det kan rigtignok skee paa mange Maader.

At rive Polypen af, lykkes næppe, thi den har en fast og temmelig udbredt Insertion og Vævet er altfor seigt dertil; imidlertid har jeg dog gjort det eengang, men det var rigtignok et Tilfælde, som i flere Henseender var forskjelligt fra de almindelige fibrøse Polyper: der var en tynd petiolus (som sad paa choannæ narium posteriores), og det var hos en lille Pige, paa 11—12 Aar om jeg husker ret, medens Sygdommen ellers aldrig sees i en saa tidlig Alder og tilmed ikke hos Fruentimmer; den træffes saagodtsom alene hos Mandfolk. Hos vor Patient vil man ikke opnaae Noget ved at prøve at rive den ud, man vilde kun faae en betydelig Hæmorrhagi, thi endskjøndt jeg ikke med fuldstændig Nøiagtighed har kunnet forvisse mig om dens Implantation, har jeg dog erfaret, at den paa et stort Parti hænger fast paa den underste Flade af os sphenoideum.

Hvorledes har jeg da baaret mig ad med at undersøge den? For det Første har jeg undersøgt Næsen; her kan man føle den forreste Forgrening af Svulsten temmelig langt tilbage; og den kan ogsaa sees som en glat, lidt rødlig Masse i Dybden af venstre Side af Næsen. Den vigtigste Deel af Explorationen foretages dog bagfra, idet man fører Fingren omkring Randen af velum palatinum; men for at kunne naae saa langt tilbage som til Svulstens Insertion paa os sphenoideum maa man ialmindelighed benytte to (2den og 3die) Fingre, og derved har jeg altsaa kunnet finde, at dens Udspring er paa en større Flade, hvorved en simpel Afrivning bliver umulig. Hos den lille

Pige, som jeg for lidt siden omtalte, var der derimod en saa tynd Stilk, at jeg kunde fjerne den paa følgende Maade, som jeg har lært af afdøde Prof. Syme i Edinburgh, og som jeg vil tilraade Dem at benytte ved lignende Leiligheder: Patienten chloroformeredes; en Museux's Tang fattede Polypen, derefter bragtes en Finger af den ene Haand ind i Næsen og forceredes bagtil ved Anvendelse af betydelig Kraft, 2 Fingre af den anden Haand førtes som ovenfor beskrevet hageformet bagom Svulsten igjennem fauces indtil de naaede op til selve petiolus, som nu afreves, hvorpaa hele Polypen med Lethed udtoges ved Trækning med Tangen.

Hos vor Patient maae vi dog, som sagt, gaae frem paa en anden Maade og vor Opgave bør være at foretage en radical Operation, at exstirpere Svulsten i sin Totalitet; men det maa skee saaledes at vi ikke nøies med at overskjære Tilhæftningsstedet paa Lykke og Fromme, i Nærheden af den Beenflade, hvorfra Polypen udgaaer. Selv om man gjør sig nok saamegen Umage for at fjerne det Hele, enten med Kniv eller med Sax eller med en Ecraseur eller med en galvanisk Slynge, kort sagt, hvilke Instrumenter man end bruger, saa bliver der dog altid en Deel af Stilken tilbage, som, hvis den fik Lov til at blive siddende, kunde frembringe en ny Svulst, og derfor troer jeg med Nélaton, at man maa sørge for at have en Aabning igjennem alle de foranliggende Dele ind til Svulsten, for i nogen Tid at have let Adgang til dens Udgangspunkt og at kunne cauterisere den tilbageblevne petiolus saa ofte som det er nødvendigt; kun saaledes kan man sikkre sig mod Recidiver.

Operationen kommer altsaa til at bestaae af 2 Dele, først en præliminær Operation, hvorved man skaffer sig Plads, og dernæst Borttagelsen af selve Svulsten. Man kan nu enten exstirpere hele det ene os maxill. sup. eller man kan borttage en Deel af palatum. Den førstnævnte Resection er meget smertefuld og seer næsten lidt „barbarisk“ ud; den medfører desuden en betydelig Deformitet, da den ene Side af Ansigtet mister sit faste Støttepunct; men den er ikke saa farlig, som man maaskee vilde antage, og medfører saa godt som aldrig Døden. Efterat Floubert i Rouen havde udført den første Gang i 1840, er den gjentaget ofte, men endskjøndt de Tilfælde, i hvilke jeg har borttaget den ene Halvdeel af max. superior, ere forløbne meget heldigt, har jeg dog ikke fundet det rigtigt at anvende Operationen som en Indledning til at fjerne en fibrøs Polyp; jeg har foretrukket en anden Resection, som er mindre indgribende og dog for det Meste tilstrækkelig til dette Øiemed, nemlig Resectionen af palatum durum. Den har faaet Navn efter Manne, som levede i Avignon i forrige Aarhundrede, skjøndt den ogsaa kunde kaldes Nélaton's Operation, da han har gjenoptaget den og givet mere bestemte Regler for dens Udførelse Det derved frembragte Substanstab kan man holde aabent saa længe man vil; det volder ikke Patienten større Ubehageligheder og det kan saa senere enten lukkes ved en plastisk Operation eller ved en Obturator.

Operationen, som jeg om Lidt skal udføre for Dem, er temmelig vanskelig og langvarig ligesom ogsaa endeel smertelig, da man ikke godt kan chloroformere Patienten. Jeg har mange Gange seet Nélaton udføre den, og til Be-

viis for, at Smerten ialtfald ikke er saa voldsom, kan jeg anføre, at den ene af de Operationer, jeg var Vidne til, foretoges paa en Arbeidsmand, som under hele dens Forløb sad ganske rolig paa en Stol og endog lod sig saa lidt anfægte af Smerterne, at han for hvert Instrument, som anvendtes, spurgte hvad det kaldtes og hvorledes det skulde bruges.

Først vil jeg gjøre en longitudinel Incision i linea media, hvorved jeg gjennemskjærer uvula, velum palatinum og alle de bløde Dele, som bedække palatum durum; disse præpareres tilside og slaaes om, som naar man aabner et Par Fløidøre, hvorpaa det denuderede palatum kommer til at ligge blottet. Nu bores med en Perforativ-Trepan et Hul paa hver Side af Midtlinien, saa langt fortil som Benet er blottet, de to spidse Brancher af en Beensax stikkes ind, hver i sin Aabning, og ved at klippe rask til, springer ialmindelighed den ossøse Plade i Stykker og kan udtages eller man kan fjerne den med Hammer og Meisel; et Stykke af vomer følger ofte med.

Nu sees Svulstens underste Flade, og efterat man har grebet fat med en Tang i den, fjernes den saa tæt ved Insertionen som muligt, f. Ex. med en lang krum Sax eller med en særegen Kniv.

M. H.! Den Operation, som jeg omtalte i forrige Time og som De saae mig begynde paa, fuldførtes paa den angivne Maade; den præliminære Deel frembød ikke store Vanskeligheder, naar jeg undtager Løsningen af de bløde Dele fra palatum durum; selve Resectionen foregik nemt,

idet Benene let brækkede og nu udtoges med en Pincet tilligemed et større Stykke af det ossøse septum nasi. Polypen var let tilgjængelig og bortskares, hvorefter Hæmorrhagien standsedes ved en lille Svamp med liquor stypticus. Patienten har havt det godt senere, han synker og respirerer langt friere end før, ja Talen er endog næsten bedre, uagtet han har faaet en „palatum fissum". Der staaer nu kun tilbage at cauterisere den tilbageblevne Rest af Stilken, men det er ikke saa let som det ved første Øiekast kunde synes, da man maa vogte sig for at berøre de omgivende Dele med det caustiske Stof. Man kunde vistnok anvende et Cauterium eller en fast caustisk Substans, men jeg vil efter Nélaton foretrække at cauterisere med et Fluidum. De Gange, jeg saae ham gjøre det, brugte han et Glasrør, aabent for begge Ender, og derigjennem indførtes en Glasstang, hvorpaa var befæstet en lille Klump Vat, som dyppedes i Vædsken. Denne var acidum nitricum (fransk: mono-hydraté), hvorved der dog er den Ulempe, at det udsender Dampe og fremkalder Hoste. Det var tildeels derfor at han brugte Glasrøret, men desuden anbefaler han en anden Forsigtighedsregel, nemlig at Tampon'ens Størrelse skal være mindre end Rørets Lumen, thi hvis den fyldte hele Røret vilde deraf følge, at Dampene kun kunde vige ud i pharynx, men ikke slippe bort igjennem den udvendige Munding, og de vilde altsaa netop brede sig ned mod larynx, hvor de især ere besværlige for Patienten. Denne Cauterisation ville vi nu gjentage flere Gange, med nogle Dages Mellemrum, indtil der Intet mere er tilbage af Polypens Insertion. Forresten anvendte Nélaton i Begyndelsen Rouginer og senere det electriske Cau-

terinm, men endelig blev han staaende ved Salpetersyren, der forekom ham at være det bedste Cauterisationsmiddel.

Den Operation, jeg her har beskrevet, har jeg allerede anvendt 3 Gange og bestandig med Held, saaat jeg vel kan have Grund til at anbefale Dem den ved fibrøse Polyper, men jeg maa dog tillige meddele Dem, at en anden Opfattelse af Indicationen har gjort sig gjældende i de senere Aar. Navnlig har Gosselin i den cliniske Chirurgi, som han for kort Tid siden udgav, villet gjøre det gjældende, at Sygdommen var en Pubertets-Sygdom og at den derfor, naar Patienten var kommet over en vis Alder, vilde i Analogi med hvad der iagttages ved alle disse Sygdomme miste sin Farlighed og tendere til et mere godartet Forløb, saa at Polypen enten ophørte at voxe eller maaskee endog skrumpede noget ind. Han mener derfor, at man ved en palliativ Behandling, f. Ex. ved partielle Excisioner, skal søge at bevare en nogenlunde taalelig Tilstand for Patienten indtil den farlige Periode er overstaaet. Imidlertid finder jeg ikke hans Beviser tilstrækkeligt fyldestgjørende til at jeg ved lignende Tilfælde vilde afholde mig fra en radical Exstirpation.

10.

Abscessus frigidus et cancer colli.

Mine Herrer!

Jeg vil idag først tale til Dem om denne Patient, som De vistnok Alle kjende, idet jeg to Gange tidligere har havt Leilighed til at vise Dem hende. — Det er en ung Pige paa 20 Aar, som kom herind for en Maaned siden for en Svulst paa høire Side af Halsen, som hun havde havt i en længere Aarrække og som hun ønskede at faae taget bort. De erindre vist at den viste sig som en Hævelse af et Ægs Størrelse omtrent midt imellem jugulum og høire pr. mastoideus; den var bedækket af m. sternocleido-mastoideus, men ragede frem saavel foran som især bagved denne Muskel. Den var saa bestemt fluctuerende at vi maatte antage den for at indeholde en Vædske, og dertil var den saa skarpt begrændset at vi maatte betragte den som en Cyste. Det var klart at det ikke kunde være en almindelig phlegmonøs Absces, da den havde udviklet sig langsomt, hverken var forbundet med nogen Rødme eller Ømhed, og var bedækket af forskydelig Hud. — Men endskjøndt den var en fluctuerende og rimeligvis en cystisk Svulst, sagde jeg Dem dengang

at det næppe kunde være en serøs Cyste, da den gav mig en Fornemmelse som af et tykkere Indhold. Det er maaskee vanskeligt for mig at forklare, hvori den Følelse bestaaer; men de serøse Cyster have, selv om de ere spændte, en eiendommelig Fluctuation, som naar man vilde tænke sig en tynd Blære fyldt med Vand. Her var der derimod en „tung“ Fluctuationsfornemmelse om jeg maa udtrykke mig saaledes, man følte ikke Vædsken bevæge sig let under Fingertryk; det var som om man havde en tyk Sæk, med et Fluidum, som vanskeligere lod sig forskyde. Jeg formodede kortsagt at Svulsten havde et purulent Indhold. Jeg gjorde derfor, som De saae, en større Incision langs den bagerste Rand af m. sternocleidom., hvor Hævelsen prominerede meest; der udflød en stor Mængde Pus, jeg trak da Cysten frem saa meget jeg kunde og klippede den af. Svulsten laae under den Aponeurose der beklæder Bagfladen af den nævnte Muskel, og hvilede paa m. scalenus og vasa; Diagnosen viste sig altsaa at være rigtig, det var en purulent Cyste, udgaaet fra Glandlerne og den havde en tyk Sæk, altsaa var det ikke en Absces i eller under vagina m. sternocl.

Den adhærerede kun lidt til de omgivende Aponeuroser, saaat den tildeels kunde udskrælles med Fingrene og med stumpe Instrumenter, uden at behøve Kniven; men jeg maatte lade dens Basis blive siddende, efterat have borttaget den saavidt som jeg troede det var tilraadeligt, uden at riskere at lædere de underliggende store vasa, og jeg haabede at det tiloversblevne Stykke vilde kunne gaae ind med i den almindelige Granulationsproces. Men der optraadte strax Tilfælde, som maatte gjøre mig

megct ængstelig: Pulsen var bestandig hurtig, 110—120: hun var overordentlig heed, der kom gjentagne Opkastninger, hun kunde Intet nyde, kunde ikke sove; Operationsstedet var meget ømt, men der var hverken nogen erysipelatøs Rødme eller nogen lymphangitis. Hvad er vel altsaa Aarsagen til disse Tilfælde? De maatte være udgaaede fra Incisionen og navnlig fra den Huulhed, som var blevet tilbage efter Cystens Fjernelse; da den vedblev at fyldes med Pus, som vanskeligt udtømtes igjennem Saaret, og da Pusset var i stadig Berøring med det Cellevæv, hvoraf jeg havde udskrællet Svulsten, maatte jeg befrygte en purulent Infection. Den „farlige Periode“, som man kalder den, forløber jo fra det Øieblik da vi have en blødende Overflade som kommer i Berøring med Pus og med de skadelige Organismer i Athmosphæren, indtil der er dannet en heel granulerende Beklædning over den blottede (den „raa“) Flade.

Jeg nøiedes i nogle Dage med at trykke jevnligt i Omfanget af Incisionen, hvorved udflød en tynd, graalig Vædske, men da denne vedblev at være særdeles rigelig og da den kun med Vanskelighed kunde udtømmes fuldstændigt, gjorde jeg, som De ville erindre, en ny Incision. Jeg bragte nemlig Fingeren ind igjennem Saaret, under Musklen, og trykkede den saa stærkt frem ved dennes indvendige Rand, at den kom til at prominere under Huden ved den udvendige Side af larynx; nu skjar jeg lige ind paa den saaat jeg derved fik en Contraaabning ind til den suppurerende Huulhed. Efterat have udsprøitet den gjentagne Gange med Chlorzink (opløst i Vand 1—10) trak jeg baade en Longuet, dyppet i denne Opløsning og

et Drainrør igjennem, saa at jeg kunde være sikker paa at faae Caviteten heelt cauteriseret og tillige sørge for et frit Udflod af Secretet.

Strax efterat De havde seet mig forbinde Patienten, blev hun bragt tilsengs, men fik da en voldsom Kuldeyrystelse, som varede en heel Time; det maatte vistnok forøge min Ængstelse for Udfaldet, men jeg betragtede dog ikke dette Feber-Symptom som noget absolut Tegn paa purulent Infection, idet jeg ofte har seet at Patienter faae et betydeligt Feberanfald lige efter at man har cauteriseret en større suppurerende Huulhed og jeg haabede at kunne forklare det paa samme Maade ved denne Leilighed. Det viste sig at min Formodning heldigviis havde været rigtig, Feberanfaldene gjentoge sig ikke, Almeenbefindendet bedredes og Suppurationen fik et godt Udseende, medens jeg flere Gange hver Dag sprøitede Huulheden ud med Carbolvand.

Saaledes hengik et par Uger under tiltagende Bedring; jeg ventede endog at den suppurerende Cavitet snart vilde være lukket, da hun igaar atter fik et betydeligt febrilt Ildebefindende, Kulde og Hede, P. 120, kortsagt der maatte paany være Noget iveien med Suppurationen, Derfor er det at jeg igjen har taget hende her op paa Operationsstuen forat vi kunne undersøge Grunden til den indtraadte Complication. De see nu, mine Herrer, at der er yderst ringe Pusudflod fra de 2 Incisioner, som ere reducerede til smaa Aabninger, hvorigjennem netop Drainrøret kan passere; der er ingen erysipelas, ingen lymphangitis eller adenitis i Nærheden, hvorfra Feberen kunde hidrøre; hendes Udseende var aldeles sundt lige indtil igaar, vi have

heller ikke foretaget nogen Sondering af Huulheden, hvilket jeg i det Hele er meget bange for og derfor sjeldent anvender. Jeg er nemlig overbeviist om at en erysipelas hyppigst fremkaldes ved utilbørlig Omgang med en suppurerende Flade; det er altfor ofte arriveret at en Patient, som i Forveien var fuldstændig rask, fik en erysiplas strax efter at man havde sonderet en granulerende Cavitet eller strax efter at man havde bragt en granulerende Flade til at bløde enten ved at reengjøre den eller paa anden Maade irritere den, — til at jeg kan tvivle om at erysipelas frembringes ved Sønderrivning af Granulationerne. Jeg troer at gjøre Dem en stor Tjeneste for Deres senere Praxis, hvis jeg kan afholde Dem fra at sondere Saar, naar det ikke skulde være aldeles nødvendigt for at komme til en Diagnose; gjør det ialtfald aldrig naar det kan undværes! Jeg forsikkrer Dem, at De ville staae Dem bedst derved. Husk paa Listers Ord, som jeg saa ofte har gjentaget for Dem: for at et Saar skal læges, kræves der for det Meste intet Andet end at man skal lade det i Fred, eller som det hedder paa Engelsk „let it alone“, lade det skjøtte sig selv. En Chirurg kan gjøre overordentligt stor Skade ved at forstyrre det regelmæssige Forløb af en Sygdom; Sygdommen vilde være kommet sig, hvis Chirurgen ikke havde forhindret det ved sin utidige Indblanding deri.

Det er med andre Ord det Samme, som afdøde Cfr. Wittusen udtrykte ved sin velbekjendte Sætning angaaende Behandlingen af en conjunctivitis og flere andre Øiensygdomme: „Ingenting er godt for Øinene“ i. e. man kan i en stor Mængde Tilfælde faae bedre Resultater ved at af-

holde sig fra alle stærkt virkende Øienmidler og ved at lade Sygdommen faae Lov til at komme sig ved at anvende „Ingenting“.

Men for at vende tilbage til vor Patient, saa skulle vi altsaa see at udfinde Grunden til de febrile Tilfælde, der saa uformodet ere indtraadte midt under et saagodtsom fuldstændigt Velbefindende, og det vil ikke være vanskeligt for mig at paavise den. Naar De nemlig betragte det Parti af Halsen, som vi kalde jugulum, ville De let opdage at her er en Prominens, en Udfyldning, hvor der ellers altid pleier at være en tydelig Fordybning over manubrium sterni.

Denne Udfyldning giver en Fornemmelse af Fluctuation, og vi kunne da let sætte Dette i Forbindelse med den oprindelige Sygdom og med de indtraadte Febertilfælde; uagtet det indlagte Drainrør har Pusset ikke havt frit Afløb og Begrændsningen af den suppurerende Cavitet er blevet sprængt nedad; Pusset har sænket sig, som man kalder det, saaat der er kommet en ny Samling, der ikke lader sig udtømme igjennem Drainrørs-Aabningen, hvorfor vi maae skaffe den Udvei igjennem en Incision. — Denne Incision, som jeg skal gjøre om et Øieblik, naar Patienten er bleven chloroformeret, er ikke blot indiceret fordi Pus-Ansamlingen bestemt er Aarsag til den febrile Tilstand men ogsaa fordi vi ellers kunde udsætte hende for at Pusset i jugulum muligviis brød igjennem den bagvedliggende Aponeurose, hvorved det fik fri Adgang til Cellevævet i mediastinum anticum. Vistnok vilde et saadant Forløb være sjeldent, men det er dog en Grund mere til ikke at opsætte den paatænkte Contraaabning.

M. H. Medens vi hos den foregaaende Patient saae en tumor cysticus colli, ville vi hos den, jeg derefter skal vise Dem, finde en tumor accurat paa det samme Sted, men den er destoværre ikke cystisk, og den vil være overordentligt vanskelig at operere.

Det er en ung Mand, nogle og tredive Aar gammel, som er kommen herover fra Sverrig, da ingen Læge der vilde indlade sig paa at operere ham, hvilket jeg heller ikke kan fortænke dem i. Svulsten begyndte for $1^1/_2$—2 Aar siden som en lille Knude et Stykke nedenfor høire ang. maxillæ; den er efterhaanden voxet til sin nuværende Størrelse, — saaat den eromtrent som et Svaneæg, strækkende sig fra det nævnte Sted til langt ned imod clavicula. Forresten har den ikke generet ham noget synderligt, men i den sidste Tid synes han at Kræfterne ere taget af, han har ogsaa mistet Appetiten og er blevet lidt magrere, hvilket Altsammen maa henregnes til daarlige prognostiske Tegn, da de tyde paa en Affection af hele Organismen. Jeg troer ogsaa, at Svulsten er af en malign Characteer, om den end ikke er cancrøs.

De see nu, m. H., at Svulsten er noget oval, endeel tilspidset foroven og forneden og stærkt prominerende. Huden over den er excorieret paa enkelte Steder, efter Patientens Sigende som Følge af et Plaster, han fornylig har anvendt, men den er ikke adhæreret til Svulsten, som føles fast, paa nogle Partier haardere end paa andre, uden dog at have den scirrhøse Haardhed; den er knudret eller ujævn paa sin Overflade, som om den bestod af flere Svulster, der vare smeltet sammen. De tumores,

som vise sig i denne Region, ere hyppigst udgaaet fra gl. lymphaticæ; jeg vil antage, at det ikke er en cancrøs Degeneration, da Glandlerne jo i Almindelighed ikke angribes primært af cancer, snarere kunde det være et Adenom eller Sarcom, og i saa Fald vilde Prognosen være lidt bedre. Imidlertid kunde det dog ogsaa være en Svulst, som ikke havde sin Oprindelse fra Glandelsystemet, og saa var det muligt, at vi havde en cancroid eller anden malign Svulst, der naturligviis ligesaavel kunde fremkomme her som paa ethvert andet Sted af Legemet. — At den ikke udgaaer fra gl. thyroidea, er sikkert; det er heller ikke noget Aneurisma, da den ikke er pulserende; derimod føler man en stærk Pulsation i Arterierne nedenfor Svulsten, og her høres tillige en snurrende Lyd, hvilket vistnok hidrører fra Compressionen af vasa.

Imidlertid er det dog det Vigtigste, naar vi tænke paa en Operation, at vi nøie lægge Mærke til Sygdommens Sæde, thi den vanskeliggjøres meget ved at Svulsten ligger saa nær ved de store vasa. Man kan i denne Region finde enorme Svulster, som ere lette at fjerne, naar de ligge ovenpaa m. sternocleidomastoideus, men naar de ligge under denne Muskel, kommer man lige ind paa carotis og v. jugularis, og derved bliver Operationen baade vanskelig og farlig, idet de nævnte vasa let læderes, hvorved man saavel kan faae Hæmorrhagier at skulle standse, som udsætte Patienten for Luft-Indtrængning i Venen.

At Svulsten i vort Tilfælde ligger profund, er tydeligt nok; man kan see og føle den høire m. sternocl. gaaende som en Stræng ned over hele Længden af tumor og det træder endnu stærkere frem, naar man lader den Syge contrahere

Musklen, hvorved den spændes saaledes, at den endog synes at frembringe en Fordybning ind i Svulsten. Ved Exstirpationen af en tumor, der er saaledes situeret, kan man aldrig forud bestemt sige, om den vil lykkes fuldstændigt, og i vort Tilfælde maa man altsaa være forberedt paa at nogle Dele af Svulsten strække sig saa dybt at vi ikke kunne faae dem fjernede. Man skal altid foretage Exstirpationen nedenfra opad, thi i modsat Fald vilde man komme til at skjære de samme Arteriegrene flere Gange over og følgelig have mere Besvær med Hæmostasen. Og dernæst skal man altid see at behandle en Svulst, som om den var enkysteret; thi de fleste Svulster ere dog omgivne af en noget fastere Masse, der danner en Slags Capsel, som hænger mere sammen med Delene i Omfanget og mindre med Svulstens Overflade; naar man først har skaaret dette tættere Lag igjennem, saaat selve Svulstmassen præsenterer sig, lykkes det ofte at fjerne den ved Enucleation, det vil sige at tage den bort ved Hjælp af Fingrene eller stumpe Instrumenter.

De saae nu Operationen: efterat have gjort en Incision over Svulstens Længdeaxe og præpareret Hudrandene til begge Sider, søgte jeg at udgrave Svulsten, men det var umuligt at faae den hele ud, uagtet jeg dog gik saa dybt at carotis laae blottet, pulserende i Bunden. Den udtagne Masse var destoværre saa emollieret paa mange Steder, at jeg hvis jeg havde kunnet vide det i Forveien, vilde have fraraadet ham Operationen endnu mere indtrængende, end jeg gjorde. Imidlertid er nu Saaret i sin hele Udstrækning forenet med Metalsuturer (paa en en-

kelt Drainrørs-Aabning nær) og Operationen udført antiseptisk, saaat jeg vel tør haabe at faae en Forening per primam og at Patientens Tilstand ikke skal være blevet forværret. Men dette Tilfælde vil dog vist være en Illustration for Dem til min tidligere Yttring at man altid skal betænke sig inden man indlader sig paa at exstirpere en solid Svulst under m. sternocleidomastoideus.

11.

Tumor glandularis colli. — Cancer colli.

Mine Herrer!

De ville vistnok erindre, at jeg for et Par Uger siden viste Dem 2 Patienter, lidende af Svulster paa Halsen; jeg vil blot med faa Ord omtale, hvorledes Sygdommen er forløbet hos dem, førend jeg gaaer over til de nye Patienter. De have Begge befundet sig særdeles vel; den unge Pige med den purulente Cyste har ikke havt nogen Feber senere, Pusset udflyder godt igjennem det sidst indlagte Drainrør, og fra de oprindelige Incisioner kommer der næsten ingen Suppuration mere, ligesom der heller ikke har dannet sig nogen ny Sænkning. Jeg haaber derfor, at vi ikke skulle have flere Complicationer at kjæmpe med, og at hun snart kan forlade os. — Den anden Patient (fra Sverrig) er mærkværdigt vel; uagtet jeg var nødt til at efterlade en Deel af Svulsen, har der dog knap været noget Udflod fra Huulheden, Saarrandene ere voxet godt sammen og de sidste Suturer ville nu kunne udtages; han vil altsaa om kort Tid kunne reise hjem, men jeg tør desværre ikke stille Pragnosen synderlig god, idet der efter al Sandsynlighed vil komme et Recidiv; imidlertid er det dog et

Held, at man selv under saadanne ugunstige Omstændigheder kan faae en primær Heling af et Operationssaar, og jeg vil give Antiseptiken Æren derfor; det er ikke længe siden, at jeg havde et lignende Tilfælde, hvor jeg hos en ung Mand fra Jylland borttog en Deel af en stor Svulst i reg. supraclavicularis, og endskjøndt et betydeligt Parti af den, som strakte sig ned om a. subclavia, maatte lades tilbage, blev dog Saaret lægt, idet jeg trak Hudrandene sammen med Suturer.

Jeg gaaer nu over til at omtale de nye Patienter, af hvilke vi have to, som Begge ere indlagte paa Afdelingen efterat have været behandlede i længere Tid med indvendige Midler, og Begge ere kommet til os med Diagnosen emphysema pulmonum. Den Første kjende De maaskee, da han har ligget paa den medicinske Afdeling i en Maaned; efter de Oplysninger, vi have erholdt, havde han asthmatiske Anfald, pludseligt opstaaende Dyspnøe, som kom i Paroxysmer, og som efter den stethoscopiske Undersøgelse antoges at beroe paa en chronisk Bronchitis med Emphysem. De forskjellige Midler, som ere anvendte, have dog ikke bevirket nogen Bedring, og da han tillige lider af en Sygdom, der betragtedes som chirurgisk, blev han overflyttet til os.

De see strax paa Patienten, at han har et ret sundt Ydre; han er en Mand paa 30—40 Aar, overordentlig stor og stærkt bygget, med en ualmindelig Corpulence; han er dog noget congestioneret i Ansigtet og bliver af og til lidt cyanotisk. Den „chirurgiske“ Sygdom opdage De vist ogsaa ved første Øiekast, idet der er en betydelig Volumen-

forøgelse af Halsen, som især indtager høire regio supraclavicularis, mindre venstre, men den har i det Hele en symetrisk Form paa de 2 Sider. Han fortæller, at han i de senere Aar har mærket, at Halsen blev tykkere, hvorfor han bestandig maa „gjøre Skjortelinningen videre“. Paa begge Sider af Halsen findes altsaa først en Mængde tykke, bugtede Strænge, som vel maae være stærkt dilaterede Vener. Fatter man Svulsten imellem Fingrene føler man en blød Masse, liig et svampet Væv, men naar man trykker igjennem dette, finder man derunder en Mængde smaa, nøddestore, deels blødere, deels haardere Knuder, som strække sig langs m. sternocleido-mastoideus, og formodes at være svulne lymphatiske Glandler, der jo netop i rigelig Mængde have deres Sæde i denne Region. Man opdager intet Sted Fluctuation i Svulsten, men ved Tryk faaer Patienten fordetmeste Hosteanfald.

Det ligger da nær at vi spørge os selv, om disse Svulster have Noget at gjøre med den Dyspnøe, hvoraf han lider? Ja, det er nok muligt endskjøndt den tilstedeværende Bronchitis med Emphysem kan være tilstrækkelig til at forklare Respirations-Besværlighederne.

Lad os først betragte de store varicøse Vener; hvorfra hidrøre de? Vi have her paa Halsen to cutane Vener, jugularis anterior og externa; den første er ikke aldeles constant, hverken i sit Forløb eller sit Udmundingssted. Sædvanlig forløbe dog de to jugulares anteriores temmelig tæt ved hinanden fra regio hyoidea nedad, forbundne med en transversel Anastomose, og tabe sig i v. jug. externa. Denne er mere constant i sit Forløb paa den udvendige Flade af m. sternocleido-mastoideus, den udmunder omtrent

ved Sammenstødet af v. sublavia og jugularis interna, og den optager Venerne fra Halsen og Hovedet. De Vener, der her ere dilaterede, ere altsaa Grene til jug. externa, og det er rimeligt at antage, at Grunden dertil maa søges i en Hindring i Circulationen. Nu strækker Svulsten sig heelt ind imod Siden af trachea og kunde altsaa tænkes at trykke paa de dybe vasa, carotis og v. jugularis interna, men ved denne Venes Compression vilde de cutane Vener næppe blive dilaterede. Bedre kunde man forklare det ved Tryk af en Svulst i Brystet, f. Ex. et aneurisma paa anonyma eller een af de andre store Arterier her, men uagtet gjentagne Undersøgelser har jeg ikke kunnet opdage noget Spor af aneurisma.

Kunne maaskee de store Glandelsvulster være Aarsagen til Veneudvidningen? Vistnok ere de saa store, at de let kunde udøve et betydeligt Tryk paa de nærliggende Dele og altsaa comprimere Venestammer, men jeg troer dog ikke, at de Glandelsvulster, som føles paa Halsen, kunde forklare os, at de varicøse Udvidninger strække sig heelt ned til clavicula. Derimod er det sandsynligt, da alle Cervialglandlerne i begge reg. laterales colli ere hypertrophiske, at lignende sygelige Glandler findes længere nede, hvor vi ikke kunne føle dem, saaledes omkring Bifurcaturen af Bronchierne eller i det Hele inde i cavum thoracis, hvor de kunde comprimere de store Venestammer, der ligge her. De asthmatiske Tilfælde vilde ligeledes kunne hidrøre fra saadanne Svulster.

Men kunde der ikke være en anden, maaskee malign tumor inde i Brystet, som baade ved sit Tryk frembragte de varicøse Dilatationer og tillige foranledigede Glandel-

svulsterne, der jo hyppigt vise sig som secundære ved cancrøse Svulster? Det kan man ikke antage hos denne Patient, der har havt Sygdommen i mange Aar og ovenikjøbet er i høi Grad corpulent og robust; desuden vilde Affectionen inde i thorax ikke kunne angribe alle de laterale Cervicalglandler.

Endskjøndt Diagnosen altsaa ingenlunde er sikker, vilde jeg dog snarest antage, at Patienten har en generel Glandelhypertrophie, at Sygdommen altsaa maaskee kunde benævnes efter Trousseau „adénie"; forresten siger han selv, at han befinder sig langt bedre efterat være indlagt paa vor Afdeling, uagtet jeg endnu ikke har gjort det Mindste ved hans Sygdom, men ladet ham gaae oppe hele Tiden. Han føler sig mindre vel ved at ligge i Sengen og har ikke havt noget asthmatisk Anfald hos os, medens han har gaaet omkring. Hans Tilstand lader til i Øieblikket at være taalelig, og jeg tænker derfor ogsaa paa, om man ikke snart kunde udskrive ham, men hans Arbeide (Fyrbøder paa et Dampskib) medfører destoværre, at han maa staae ofte og længere Tid af Gangen i en foroverbøiet Stilling, hvilket er meget ugunstigt for Circulationen i Venerne, som spændes ved denne Stilling, saaat jeg frygter for at der om kort Tid vil indtræde paany en Forværring af Tilfældene.

Kunde her da ikke foretages noget Operativt? Nei! paa ingen Maade. Selv om man kunde borttage nogle af de svuldne Glandler paa Halsen, vilde det Intet nytte, thi den vigtigste Deel af Sygdommen maa findes inde i Brystet, hvor vi ikke kunne naae ind med nogen chirurgisk Behandling; jeg troer derfor, at vi skulle betragte hans Af-

fection som et noli me tangere og kun søge at lindre ham ved indvendige Midler; maaskee vilde en længere fortsat Cuur med Jod eller Brom være indiceret, men paa en chirurgisk Service hører han vistnok ikke hjemme.

Lad os da betragte den anden Patient, som ligeledes er indlagt for en Svulst paa Halsen, som han ønsker at faae opereret. Det er en Mand fra Falster, 60 Aar gammel, som medbragte Attest fra sin Læge derovre, at han leed af emphysema pulmonum og en tumor colli, som maaskee kunde exstirperes. Selv forklarer Patienten, at han har befundet sig nogenlunde vel, indtil han for nogle Aar siden fik Smerter i høire Side af Halsen og snart derefter opdagede en Svulst, som senere er vedblevet at voxe; han har temmelig megen Besvær ved Respirationen og synes af og til at have stærkere Anfald som af Asthma.

Naar vi nu først tage Hensyn til hans Ydre, da see vi ham noget medtaget, affældig, mager uden dog egentligt at have noget cachectisk Udseende. Han holder Hovedet skjævt over til den ene Side og paastaaer, at Respirationsbesværlighederne vexle endeel efter Hovedets Stilling; holder han det tilvenstre, er Respirationen nogenlunde fri, men naar det holdes tilhøire, har han meget vanskeligt ved at faae Veiret; han kan ogsaa kun taale at ligge paa venstre Side.

Ganske vist kunde hans Dyspnøe tildeels beroe paa et Emphysem, men det er dog ikke det Essentielle her, og vi ville gaae over til at undersøge hans chirurgiske Lidelse. Vi finde altsaa, at Svulsten strækker sig paa venstre Side af Halsen, følgende m. sternocleido-mastoidcus, men gaaer

tillige lidt bagved denne; nedad gaaer den omtrent til Midten af clavicula. Dens Tykkelse er omtrent som de 4 Fingre holdte sammen; i sin nederste Deel er den noget tyndere og det er for Følelsen, som om den her skilte sig ad i flere smaa Knuder, der kunde ligne Cervicalglandlerne. Høiere oppe danner den en tykkere, haard, knudret og ujevn Svulst, som jeg nærmest kunde ligne med en Mais-Frugt. Den er næsten ikke øm for Tryk, bedækket af naturlig Hud og svagt forskydelig imod Underlaget, men dens Grændser i Dybden kunne ikke nøie bestemmes. Lidt indenfor den store Svulst føles en mindre, lige paa venstre Side af trachea, ved det Sted, hvor gl. thyroidea ligger, og den hænger ogsaa sammen med trachea, hvis Bevægelser den følger; derimod ere de to Svulster ikke fast forbundne med hinanden.

Jeg har ogsaa undersøgt Brystet og foruden betydelige bronchitiske Tegn fundet en Pustelyd lidt nedenfor venstre artic. sternoclavicularis, derimod høres en saadan Lyd ikke i cor eller paa noget andet Sted af thorax. Da hans Dyspnøe syntes mig at ligne den, der fremkommer ved Sygdomme i larynx, undersøgte jeg dette Organ med Laryngoscopet og fik derved Sikkerhed for min Formodning, idet jeg saae at venstre ligamentum glottidis ikke bevægede sig, men under Respirationen laae aldeles stille, medens det høire dirrede frem og tilbage; jeg antog derfor, at der var en Paralyse af venstre Rand af glottis. Herfra stammer vel ogsaa det Symptom, som han berettede os, at han ligger bedst paa venstre Side, idet da glottis maaskee lettest holdes aaben.

Efterat alle disse Symptomer ere Dem berettede, skulle vi nu analysere dem enkeltviis og derpaa see at samle dem paany til et Hele, og først ville vi da spørge os selv, hvorledes Forholdet er med den store Svulst paa Halsen. Den følger saa bestemt det normale tractus af Glandlerne, at vi strax komme til at tænke paa, at den har sin Grund i en Sygdom af dem. Det maa vel være en Degeneration og sandsynligviis en cancrøs Degeneration af dem, hvorpaa den haarde, stærkt knudrede Overflade, dens Ubevægelighed og dens Udvikling hos et meget cachectisk Individ vilde tyde. Men den tydelige souffle i Brystet, hvad er dens Aarsag? er det et Aneurisma? Det antager jeg dog ikke. Hvis Glandelsvulsten i reg. lateralis colli er cancrøs, saa er det næppe en primær cancer, idet Glandlerne jo saagodtsom altid angribes secundært; her kunde de maaskee være angrebet som Følge af en cancer i gl. thyroidea, da den mindre Svulst, som findes paa Stedet for gl. thyroidea, rimeligviis har sit Sæde i dette Organ, eftersom den følger alle Bevægelser af larynx, hvilket netop er characteristisk for alle de Svulster der have deres Udspring i den. Men hvis disse Masser paa Halsen ere cancrøse og nedad kunne forfølges heelt til clavicula, vilde jeg ogsaa antage Pustelyden for at beroe paa cancrøse Svulster, som findes lidt længere nede i den øverste Deel af cavum thoracis. Saadanne tumores vilde kunne trykke paa een af de store Arterier, der ligge der, og saaledes foraarsage Pustelyden, men tillige comprimere venstre n. recurrens og derfor frembringe Paralyse i glottis, idet det jo er den nævnte Nerve, der giver Grene til Musklerne i larynx.

Naar vi sammenholde alle de Tilfælde, som Patienten lider af, bliver Diagnosen vel altsaa en cancer, som har udbredt sig betydeligt til Glandelsystemet og tilsidst medført forskjellige Compressionsphænomener.

Pragnosen er vist absolut slet, hvad vi allerede vilde slutte af hans cachectiske Ydre, og da der naturligviis ifølge vor Diagnose ikke kan være Tale om noget Operativt, ville vi snarest muligt faae ham til at reise hjem.

12.

Hydrocele colli. — Croup. — Tracheotomia.

Mine Herrer!

Jeg skal idag til at foretage en Operation paa den lille Pige, som De her see; hun har fra den tidligste Tid havt den Svulst paa Halsen, som Forældrene nu ønske at faae fjernet. Den ligger i regio supraclavicularis sinistra og har omtrent Størrelse af en Valdnød; den er dækket af naturlig Hud, er indolent og kan forskydes lidt imod Underlaget. I det Hele er dens Consistens blød, det er som om man følte paa en Svamp, men der er den Forskjel mellem Svulstens øverste og nederste Deel, at den øverste, der skal være det sidst udviklede Parti, er mere blød og giver en utydelig Fluctuationsfornemmelse, medens den nederste snarere ligner en Svulst, der er sammensat af mange smaae „Knuder", som en Samling af endeel bløde, lidt svulne lymphatiske Ganglier. Svulstens hele Habitus kunde kun passe paa et Lipom, en erectil Svulst, et Adenom eller en flydende Svulst; om en malign Svulst kunde der ikke godt være Tale, da Patientens Almeenbefindende ikke lider, uagtet hun allerede har havt den i alle disse Aar. — Da den øverste Deel af Svulsten viste Fluc-

tuation, puncterede jeg her igaar og der udflød da en tynd, sero-sangvinolent Vædske; eftersom altsaa eet Parti af Svulsten var flydende, maatte man antage som det Rimeligste at den øvrige Deel var af samme Natur, uagtet den ikke frembød nogen Fluctuationsfornemmelse, og jeg stillede derfor Diagnosen: multiloculær Cyste.

Saadanne sammensatte cystiske Svulster findes, som bekjendt, i testis, i mamma, i ossa, men ogsaa, skjøndt sjeldnere, paa Halsen og de gaae da under Navnet hydrocele colli eller hygroma cysticum colli — og man pleier at tilføie: congenitum, idet de oftest (eller altid) ere medfødte, men fra Begyndelsen af ere saa smaa, at man først lægger Mærke til dem, naar de lidt efter lidt voxe. Cæsar Hawkins i London har især nøie undersøgt disse Svulster og beskrevet dem under ovenstaaende Benævnelse, hvorved det dog ikke er angivet af hvad Natur Sygdommen er; og den kan maaskee ogsaa være af forskjellig Oprindelse.

Cysterne paa Halsen findes især paa dens Forflade (regio suprahyoidea) og i Nakken, meget sjeldent i reg. lateralis, saaledes som her er Tilfældet; og efter det Sted, hvor de træffes, kunde man antage forskjellige Udgangspuncter.

Saaledes kunde et hydrocele colli undertiden være en cystisk struma; denne vide vi, kan angribe enten een eller begge lobi af glandula thyroidea og vil altsaa vise sig paa den ene eller paa begge Sider af trachea, men kan udvikle sig saa betydeligt at den derved fjerner sig langt fra den Plads, som anvises den i den normale Anatomi; imidlertid vedbliver den dog temmelig constant at frembyde

det characteristiske Symptom, nemlig at Svulsten hænger saaledes fast ved larynx at den bevæges op og ned ved Deglutitionen. En struma har ogsaa ofte den Eiendommelighed at den besværer Respirationen, enten det hidrører fra et overordentligt Volumen eller fra at Svulsten trænger sig ned bag manubrium sterni; de franske Chirurger pleie endog — netop af Hensyn til denne Complication — at inddele Svulsterne i practisk Henseende i goîtres suffocants og non suffocants og mene at chirurgiske Operationer egentligt kun ere indicerede ved den første Slags; det vedkommer os dog ikke her, da det er øiensynligt efter Svulstens Sæde at den ikke kan have Noget at gjøre med gl. thyroidea.

Dernæst har man antaget hydrocele colli for at være en cystisk Degeneration af andre Glandler, af gl. submaxillaris, naar Svulsten fandtes i reg. suprahyoidea, men især af de lymphatiske Glandler, der jo findes i saa stor Masse i Halsens hele Længde; det maatte ialtfald være de sidstnævnte, man kom til at tænke paa hos vor Patient, da hendes tumor ligger i reg. supraclavicularis.

En tredie Forklaring er den, at det kunde være en erectil Svulst, der var omdannet til en sammensat Cyste; idetmindste har den nyere Tids Undersøgelser paaviist at denne Omdannelse kan finde Sted og da hydrocele colli ialmindelighed er en medfødt Svulst passer det ret godt, eftersom erectile Svulster ere de allerhyppigste af alle tumores congeniti. Man har undertiden seet i en erectil Svulst at enkelte af de smaa Huulheder vare aflukkede fra den øvrige vasculære Masse og dannede virkelige Cyster; hvis disse tiltoge mere og mere, kunde det Hele tilsidst blive til Cyster med Fortrængelse af det erectile Væv.

Endelig er der Pathologer, som mene at hydrocele colli ikke ere progene, men neogene Cyster og at de altsaa ere opstaaede primært paa samme Maade, som man maaskee endnu er nødt til at antage det for de enkelte Tilfælde af sammensatte Cyster i Benene, der ere iagttagne f. Ex. af Nélaton igjennem hele Længden af femur.

Imellem disse forskjellige Anskuelser tør jeg næppe træffe noget bestemt Valg, imidlertid hælder jeg dog meest til den Anskuelse at det er en multiloculær Cyste, udgaaende fra gl. lymphaticæ. Det vigtigste Spørgsmaal er dog: Hvorledes skulle vi behandle den? Gaae vi ud fra at det altsaa er en Cyste, saa vide vi at man især pleier at anvende Punctur og paafølgende Injection; men det lader sig vanskelig udføre her. Thi det maa være en sammensat Cyste og de enkelte Sække communicere ikke med hinanden, saaat man vilde blive nødt til at punctere dem alle, den ene efter den anden og det var vistnok ugjørligt da der er en meget stor Mængde af dem og Indholdet kanskee ikke er tyndflydende i dem alle; vi maae derfor vælge Exstirpationen og det er den Operation, jeg skal udføre, saasnart Patienten er blevet fuldstændigt chloroformeret.

De saae at Exstirpationen var temmelig besværlig; Svulsten strakte sig heelt ind imod scaleni og den allerdybeste Deel maatte lades tilbage, da jeg kom ind paa de store vasa; jeg brugte saavidt muligt Fingeren og stumpe Instrumenter til at fjerne den, fordi jeg derved snarere kunde undgaae Grenene fra a. subclavia, og Blødningen var derfor heller ikke saa betydelig. Det er vistnok et godt

Exempel paa et hydrocele colli; De see nemlig, at der foruden den større øverste Cyste (den, som jeg havde punceteret) findes et heelt Agglomerat af mindre, fra en Ærts til en Nøds Størrelse, adskilte fra hinanden og med temmelig tykke, faste Vægge; nu skal jeg blot forene Saaret med Suturer, idet der dog indbringes et tyndt Drainrør i den ene Vinkel, og indlægge en antiseptisk Forbinding.*)

M. H.! Jeg fik i dette Øieblik Underretning om, at der var indkommet en Patient, som vistnok maatte opereres strax; jeg vil nu lade ham bære herop paa Operationsstuen for at undersøge ham, og den Tid kunne vi saa benytte til at faae at vide, hvorledes Sygdommen er forløbet. Det skal nemlig være en lille Dreng paa 3 Aar, som altsaa ikke selv kan give Oplysning om sin Tilstand.

Vi erfare da at Barnet har været sygt i 3 Dage af catarrhalske Tilfælde; her er ikke gaaet nogen exanthematisk Sygdom i Forveien, men han har havt Hoste og noget Besvær ved Respirationen; igaar begyndte han at faae Anfald af Dyspnøe med kortere og længere Mellemrum ($^1/_2$ Time eller lidt mere) og idag ere disse Anfald tiltagne i Intensitet, saaat Forældrene besluttede sig til at bringe ham herind.

Nu see De Patienten; De opdage let, at der er betydelig Hindring for Respirationen, idet baade jugulum og cardia trækkes ind ved hver Inspiration (de Franskes tirage) og De høre ogsaa den hvæsende Lyd, der ledsager

*) Saaret lægtes godt og hun udskreves helbredet efter kort Tids Forløb.

den. Der er dog ikke complet Aphonie, men Talen er overordentlig hæs og Barnet har et temmelig asphyctisk Udseende. Det vil, som De selv indsee, være absolut nødvendigt at foretage Noget for at skaffe ham friere Respiration, da Tilstanden, som den nu er, meget snart vil gaae over i Døden.

Hvor Forhindringen sidder, kan man vel ikke opdage ved den ydre Undersøgelse, men man kan dog med stor Sandsynlighed bestemme dens Sæde. Det vigtigste Tegn i saa Henseende er den eiendommelige Lyd ved Respirationen og Stemmen, og den leder vor Tanke hen paa den i Patientens Alder saa hyppige Sygdom, der kaldes „Croup". Vi kunne ikke afgjøre med Sikkerhed, om den fra først af er begyndt i larynx eller „forplantet" derned fra pharynx og fauces; imidlertid er jeg heller ikke sikker paa, at det er rigtigt, naar man siger, at Diphtheritis saaledes „forplanter" sig. Jeg troer snarere, at Croup og Diphtheritis ere at betragte som almindelige Infectionssygdomme, der manifestere sig paa de forskjellige mucøse (eller cutane) Membraner, og naar Sygdommen først har viist sig i fauces og senere angriber larynx, troer jeg ikke, at det er en local Sygdom, som udbreder sig fra fauces nedad.

Men selv om det paa begge Steder er en generel Affection, kan man dog ikke undlade ved Croup at maatte tage Hovedhensynet til den locale Lidelse; vi have foreløbig kun Eet at gjøre her, nemlig at skaffe Patienten friere Respiration og saa vente, at den generelle Affection vil kunne helbredes; thi Tracheotomien helbreder jo ikke Sygdommen, den er blot et palliativt Middel og gjøres kun, fordi den voldsomme Dyspnøe bestemt indicerer den.

Rigtignok kunde man maaskee først undersøge, hvor Membranerne sidde, men jeg vil nødig udsætte mig for at Barnet døer af Suffocation, imens jeg anstrænger mig for at see, om der er diphtheritiske Belægninger i fauces, og det vil desuden i dette Øieblik ikke have nogen Indflydelse paa min Behandling, om saadanne findes der eller ikke. At vi derimod have en Forhindring paa et bestemt Sted i Respirationsveien kan jeg slutte mig til af de tilstedeværende Symptomer; Dyspnøen er altfor stærk til at kunne hidrøre fra en pulmonal Affection i den ene Side, og hvis Luftens Indtrængning ikke var saagodtsom stoppet overalt i Bronchierne, vilde der ikke være „tirage" i saa høi Grad. Hæsheden tyder dernæst paa, at der maa være noget Sygt i den Region, hvor Stemmen dannes, altsaa oppe i larynx, og naar her i det Hele er Tegn paa en Lidelse, ville vi med god Grund kunne formode, at Lidelsen ikke blot bestaaer i en Forstyrrelse af Stemmen, men tillige er Aarsag i, at Luften ikke kan komme ind i Bronchierne, med andre Ord, at der er en Forsnævring i larynx — foruden at andre Partier af Luftveiene ogsaa kunne lide.

Naar jeg her siger „Forsnævring", maa jeg endnu forklare lidt nærmere, hvorledes jeg tænker mig det; hvis man har en Croup for sig, forestiller man sig jo for det Meste, at „Membraner" ere noget af det Væsentligste ved Sygdommen og at Suffocationen altsaa kunde hidrøre fra, at disse Membraner opfyldte Canalens Lumen, men jeg antager dog, at det Spasmodiske spiller en ligesaa vigtig Rolle, saaat Suffocationen tildeels er af nervøs Oprindelse. Idetmindste er det tydeligt, at der baade er en vedvarende Dyspnøe og desuden af og til suffocatoriske Anfald, hvilke

vi bedst forklare os som noget Spastisk, som en Reflexvirksomhed. Vi see ogsaa, at Anfaldene netop komme ved Irritamenter, f. Ex. ved at Patienten ængstes, naar vi med Magt aabne Munden eller naar vi trykke Tungen ned for at inspicere fauces. Det er netop af den Grund, at jeg ikke har bestræbt mig for at undersøge Barnet igjennem Munden, men strax vil skride til at placere ham under gunstigere Omstændigheder hvad Respirationen angaaer, for derved at hjælpe ham over den nuværende faretruende Tilstand; saa kan jeg haabe, at Organismen vil kunne faae Bugt med den generelle Sygdom.

Jeg vil idag benytte Paquelin's Cauterium, som De see nu er blevet glødet, og som jeg — efter de nyeste Erfaringer fra Paris — maa antage for at være ret hensigtsmæssigt til at udføre Operationen med.

De saae nu Operationen og lagde vel Mærke til, at jeg cauteriserede alle de bløde Dele indtil trachea, men at jeg aabnede denne med Kniven. Jeg kunde nemlig ikke føle med Cauteriet, hvor dybt jeg var kommet, og jeg var bange for at det skulde perforere altfor rask ind i trachea, saaat maaskee endog den bageste Væg kunde lide derved. Da jeg tog Kniven for at punctere trachea med den, troede jeg at have cauteriseret alle de bedækkende Dele saa complet, at de ikke kunde bløde; imidlertid kom der dog lidt Blødning og endeel af Blodet flød ned igjennem Aabningen, men efterat Respirationen var kommet godt i Gang, var der ikke mere noget Farligt derved. I det Hele foregik Cauterisationen meget let, men dette Cauterium er

altfor stort og giver en escara, som nødvendigviis maa efterlade en betydelig Saarflade; jeg maa derfor sørge for at faae et mindre Exemplar til næste Gang jeg skal bruge det hos et Barn; jeg troer desuden at det maaskee under alle Omstændigheder er rigtigst at bruge Kniven tilsidst, da man lettere styrer den end et glødende Instrument, som er tilbøieligt til at glide.

Hvad Kniven angaaer, vil jeg forresten raade Dem til at have den meget spids, da det ellers er vanskeligt at trænge igjennem de cartilaginøse Ringe, og man skal altid støde rask til for at den mucøse Membran indenfor ogsaa kan blive gjennemskaaret; dernæst vil jeg anbefale Dem denne brede, skotske Sonde, der stikkes ind i Saaret lige efter Kniven, og ved at dreies paa Kant faaer Randene til at gabe, saa at man lettere kan indbringe Trousseau's Dilatator og derved Canylen. Selve Saaret gjør jeg forøvrigt slet ikke noget ved, jeg lægger blot en Olielap over, men Barnet anbringes strax i et Værelse, hvor Temperaturen holdes over 20^{0} og hvor der bestandig fordampes Carbolvand. Da der vistnok ved Diphtheritis findes parasitiske Dannelser i Membranerne — endskjøndt jeg ikke troer, at Sygdom beroer paa dem — kan det vel være rationelt at anvende Carbolsyren som et „parasiticid" Stof.

M. H.! De saae at jeg forleden gjorde en Tracheotomi paa en her i Landet ualmindelig Maade; jeg vil idag atter komme tilbage til dette Tilfælde og give Dem nogle Oplysninger om Patienten. Han blev efter Operationen mere og mere livlig, han er begyndt at lege, han spiser

nu ret godt og i det Hele er der altsaa en Fremgang til det Bedre; men Resultatet er endnu ikke sikkert, thi Diphtheritis kunde udbrede sig videre og han har fremdeles lidt Dyspnøe og Hoste med meget rigeligt Expectorat; der er i Begyndelsen kommet membranøse Stykker ud af Canylen, men det er ophørt i de sidste Dage.

For ikke at udsætte Patienten for nogen Fare, vil jeg ikke lade ham bringe herind paa Operationsstuen, hvor den koldere Luft kunde skade ham, men jeg vil dog benytte Leiligheden til at give Dem nogle almindelige Bemærkninger om Tracheotomien.

Hvad det Historiske angaaer, da har den jo været kjendt allerede i den ældste Tid, men først i de sidste 40—50 Aar er det blevet en mere almindelig Operation, takket være Trousseau's Bestræbelser, idet han optog og vulgariserede den efterat Bretonneau (i Tours) var begyndt dermed. Dennes første heldige Tilfælde var i 1825, Trousseau's i 1830; men som alt Nyt fik det i Begyndelsen en daarlig Modtagelse, og meest af Datidens Chirurger; der udspandt sig lange Discussioner desangaaende (i 1839) i det franske chirurgiske Academi, hvor Trousseau*) forsvarede Operationen og haandhævede dens Berettigelse i Medicinen ved Siden af Thoracentesen, og han støttede sig væsentlig paa sine gode Resultater, som han, uagtet han var saa daarligt anlagt som Nogen til Chirurgi, havde forud for de Chirurger, der havde prøvet Operationen. Naar disse opponerede imod ham, idet de kun havde dødelige

*) Trousseau har især gjort Tracheotomien almindelig efterat han i 1848 var blevet Læge ved Børnehospitalet i Paris. Hans første offentlige Meddelelse om Operationen udkom 1833.

Resultater at opvise, da var det fordi selve Operationen ikke er det Vigtigste, hvad Chirurgerne gik ud fra, medens Trousseau derimod lagde Vægt paa Efterbehandlingen og viste at den var det Vigtigste. Især maa man forhindre, at Patienten respirerer umiddelbart den kolde Luft i Værelset, og man maa see at skaffe ham opvarmet Luft, hvilket Trousseau gjorde ved blot at binde et Halstørklæde om, medens jeg sætter Dampapparater i Gang Dag eg Nat om Sengen. Jeg troer endog, at naar man tillægger Trousseau stor Fortjeneste, maa man først og fremmest nævne hans Halstørklæde.

Dertil kommer, at bruger man ikke den dobbelte Canyle, kan man heller ikke vente sig gode Resultater; det er forøvrigt ikke nogen ny Opfindelse, idet den blev opfundet i forrige Aarhundrede af Englænderen Martin; skjøndt Bretonneau atter bragte den frem, hørte han dog, uvist hvorfor, efter nogen Tids Forløb igjen op dermed, og Trousseau benyttede derfor ogsaa i Begyndelsen en enkelt Canyle, som selvfølgelig let blev tilstoppet, ofte maatte tages ud og renses og atter indlægges. Naturligviis forværredes Saarets og Patientens Tilstand ved den stadige Irritation.

Den dobbelte Canyle kom dog snart igjen i Brug, og maaskee De ville huske det bedre, naar jeg fortæller Dem det som en Anecdote. Det skete nemlig engang, at Trousseau tracheotomerede en fransk Generals Datter, hos hvem Faderen og Trousseau's Assistent holdt Vagt om Natten. Generalen syntes da at det var underligt, at Assistenten tog Canylen ud saa ofte og meente, at det var mere hensigtsmæssigt, efter hans mechaniske Begreber, at lægge en Skede udenom denne Canyle og saa lade hiin blive i

Saaret medens denne rensedes; han meente det kunde gjøres, naar det formedes efter et Stykke af en Cirkelbue. Dette fortalte nu Assistenten Trousseau den næste Morgen; han lod da strax een lave og benyttede siden altid dobbelte Canyler, og dette spiller ligesaa vigtig en Rolle ved Tracheotomien som Tørklædet.

Endelig maae De endnu erindre, hvormeget det kommer an paa, hvor i Trachea Aabningen gjøres. Det er jo en vanskelig Operation — det er Noget, De ikke bør være uvidende om — og navnlig ligger Vanskeligheden i at aabne Trachea ordentligt, thi Operationen vil jo hyppigst blive udført paa Børn, der kaste sig fra Side til Side og ere meget urolige.

Anderledes stiller Sagen sig naturligviis paa et Hospital, da Patienterne der jevnligt komme til os „in extremis". Vi kunne nemlig dele Sygdomsforløbet med de Franske i 3 Stadier: 1) hvor vi have de almindelige catarhalske Symptomer, 2) hvor vi vel have suffocatoriske Anfald, men frie Mellemrum, og 3) hvor vi have vedvarende Dyspnøe ogsaa mellem Anfaldene. Det er ikke afgjort, naar Operationen helst skal udføres; Trousseau holdt paa det 2det Stadium, da man i Reglen kan sige forud, at gjør man det ikke nu, vil man senere komme til at gjøre det og da under uheldigere Omstændigheder; jeg troer ogsaa, at De i Deres Praxis skulle følge Trousseau's Raad. At man ikke maa vægre sig ved at gjøre denne Operation (om man end selvfølgelig i Begyndelsen er bange for det, hvad der heller ikke er saa underligt), vise noksom de statistiske Oplysninger, at nemlig tidligere — før man tra-

cheotomerede — kun 7—8 % helbredededes, medens nu, da Operationen er blevet almindeligt indført, $^{1}/_{3}$ helbredes.

Som jeg før sagde, er det af allerstørste Vigtighed at incidere trachea i linea media, thi gjør man ikke det, vil man have Vanskelighed med at bringe Canylen ind og dernæst endnu udsætte sig for et Emphysem, som jeg idetmindste altid har seet medføre Døden; desuden frembringer uheldig Aabning af trachea stor Disposition til phlegmonøse Sænkninger. Incisionen lige i Midtlinien er altsaa ikke let, og man maa helst see og føle, hvor man er; De ville ogsaa erindre, at jeg i forrige Time anførte det som een af mine Grunde, hvorfor jeg opgav Cauterisationen og ikke fuldførte Operationen hermed; endvidere opgav jeg den, fordi jeg ikke vilde brænde Trachea igjennem, for ikke at udsætte mig for senere Stricturer heraf; jeg troer derfor at man, især hos Børn, maaskee helst skal aabne med Kniv.

Endnu blot en Bemærkning med Hensyn til Cauterisation som Indledning til Tracheotomien: Det var oprindelig St. Germain ved Børnehospitalet i Paris, som anbefalede den, og han har foreslaaet 2 Maader, idet han enten vilde gjøre den med et electrisk Cauterium eller med en almindelig Bistouri, som blev glødet ved en Spiritusflamme. Han foretrak navnlig det Sidste. Forresten er Cauterisationen endnu ikke meget i Brug, og er den især benyttet i Frankrig, saa er det vel fordi et bekjendt Navn er sat i Forbindelse hermed, nemlig Verneuil's. Han er dog ikke Opfinderen deraf; den, der udførte Operationen først, var Amussat jun.

M. H.! Jeg finder endnu eengang Anledning til at komme med nogle Bemærkninger angaaende den lille Dreng, jeg tracheotomerede i forrige Uge; han er med hver Dag blevet raskere, saaat jeg tør haabe, at der ikke længere er nogen Fare for hans Liv, idet alle Respirations-Forstyrrelserne have tabt sig ved Tracheotomien. Jeg har netop idag taget Canylen ud, og det er den Omstændighed, som foranlediger mig til at sige nogle Ord om Canylerne.

Det kan undertiden være vanskeligt nok at faae Canylen indbragt i trachea, men det kan ofte være endnu vanskeligere at faae den bort — jeg mener, at faae Barnet til at undvære den. Grunden dertil er ialmindelighed en Ængstelse, som paakommer Patienten, for at han ikke kan respirere, naar den ikke er inde; der kan endog ved den Leilighed paany indtræde Suffocationstilfælde, der ikke have Noget med Diphtheritis at gjøre, men ere af en spasmodisk Natur og ligefrem skrive sig fra Barnets Angst, saaat de have en psychisk Grund. Iøvrigt kan der ogsaa være andre Aarsager, som forhindre Canylens Fjernelse, nemlig Paralyser — der jo ofte optræde under en Diphtheritis — eller blivende Forsnævring i larynx ved granuløse Nydannelser; disse Aarsager vil jeg dog ikke opholde mig videre ved, men det er aldeles sikkert at der gives Tilfælde, hvor Angsten vedligeholder sig i den Grad, at man slet ikke kan tage Canylen bort. Der er en ret curiøs Anecdote herom, som jeg vil forælle Dem, da den baade viser Hindringens nervøse Aarsag, og hvorledes man kan beseire den. Det var en ung Pige, fortæller den franske Læge Millard, som fik de omtalte Tilfælde uden at det var muligt at finde Noget som kunde forklare, hvorfor hun ikke

kunde undvære Canylen; hun vilde paa ingen Maade skilles ved den, men tilsidst fandt hun sig dog i, at man blot hængte hende Canylen om Halsen i en Snor — som en Slags Amulet. Sanné beretter om en anden Patient, at endnu 3 Maaneder efter Tracheotomien fik hun voldsomme spasmodiske Anfald, hvergang han forsøgte at udtage Canylen, uagtet det var øiensynligt, at Luften passerede frit igjennem larynx, thi hun raabte med aldeles naturlig og høi Stemme: „Giv mig min Canyle igjen". Tilsidst besluttede han, ikke at tage Notice af hendes Indsigelser, men blev siddende rolig ved Siden af hende, med Canylen i Haanden, parat til at indbringe den, hvis Tilstanden skulde blive livsfarlig, men efterhaanden blev hun dog roligere og vænnede sig endelig til at respirere den naturlige Vei.

Det var dog egentligt ikke af den Grund, at jeg her har taget Canylen frem, men for at vise Dem dens aparte Udseende. De see nemlig at den er ganske sort i hele den udvendige Halvdeel, og denne Farvning, som man hverken faaer til at svinde ved at gnide paa den eller ved at vadske den, har en stor Betydning saavel i prognostisk som i diagnostisk Henseende. De kjende vel fra andre Forelæsninger de Discussioner, der ere førte om Sygdommens Natur, nemlig om Diphtheritis er en gangrænøs Sygdom eller ikke. Jeg troer, at Diphtheritis ikke er en Gangræn, endskjøndt denne vistnok kan findes som en Complication; men paa den anden Side finder man ved Tracheotomisaar meget almindeligt Ulcerationer, og da de ofte have en hvidgraa Farve kunne de i den Grad ligne de gangrænøse Flader at man har sagt, at hvis de to Sygdomme ikke vare identiske, vare de dog overordentligt

vanskelige at skjælne fra hinanden. Derfor viser jeg Dem her denne Canyle og beder Dem lægge Mærke til den sorte Farve, som jo tyder paa Gangræn, fordi der er dannet en Hinde af Svovlsølv, som bliver sort. Ved en Diphtheritis uden Gangræn bliver Canylen ikke sort, men saasnart den farves saaledes, er det et Tegn paa Gangrænescens, som kan komme fra en septichæmisk Tilstand, men som her skyldes den ved vor Cauterisation frembragte Mortification; at den diphtheristiske Proces her ikke har nogen putrid Characteer, kunne vi bestemt slutte deraf, at Patienten er fuldstændig vel, men tillige vil jeg lægge stor Vægt paa, at den Deel af Canylen, som hele Tiden har ligget inde i Trachea, ikke er det allermindste farvet. Hvis vi havde en gangrænøs Croup, vilde den inderste Deel af Sølvrøret netop være sort, men her er det kun den udvendige Halvdeel og man seer endog den sorte Farve med en skarp Begrændsning, svarende til det Sted, hvor Canylen gaaer ind igjennem Saaret i trachea.

Jeg sagde Dem altsaa, at jeg ikke betragtede Diphtheritis som en Gangræn, men Ulcerationer ere alligevel ikke sjeldne og frembringes ved Canylens Tryk, idet vistnok Sygdommens generelle, infectiøse Natur tillige spiller en stor Rolle derved, saaat Vævenes Modstandskraft imod Trykket er formindsket. Imidlertid seer man næppe Ulcerationer, naar Tracheotomien er foretaget paa Grund af andre Sygdomme end Croup, — selv om Patienterne igjennem hele deres Liv bære en Canyle. Det Sted, der hyppigst er fundet ulcereret, er der, hvor den nederste Ende af Canylen ligger an mod den forreste Væg af trachea, og jeg vil derfor raade Dem til at benytte Canyler, hvis

nederste Aabning er skraat afskaaret fortil, saaat man undgaaer den Kant, der kunde gjøre Skade ved Compression. Ligeledes vil jeg anbefale Dem at anskaffe Dem den Slags Canyler, hvor Røret og Pladen ere bevægelige imod hinanden; derved undgaaer man ogsaa for en Deel at det samme Punct bestandig comprimeres. Derimod forekommer det mig tvivlsomt, om der er nogen Fordeel ved at have Canylerne dannede af Caoutschuk, saaledes som man har tilraadet i den allernyeste Tid.

13.

Tumor fibro-cysticus mammæ. — Amputatio.

Mine Herrer!

Her er for nogle Dage siden indkommet en Patient, paa hvem jeg nu skal foretage en exstirpatio mammæ. De see at det er en sund og rask Kone, noget corpulent; hun er omtrent 40 Aar og har født flere Børn. Hendes Sygehistorie er meget simpel: for endeel Aar siden bemærkede hun i høire mamma en lille, bevægelig „Knude", som dog ikke generede hende videre, men for 4 Maaneder siden begyndte den at tage stærkt til, saaat den nu har opnaaet en Størrelse som af et Barnehoved. Den har smertet hende lidt ved sin hurtige Væxt, men forresten ere alle Functionerne tilsyneladende i Orden.

Det er meget almindeligt at træffe Svulster i mamma, og en saadan er enten benign eller malign, enten cancrøs, og saa vil den medføre Cachexi og om kortere eller længere Tid Døden, — eller den er kun local, uden nogen Indflydelse paa Patientens almindelige Befindende. I en stor Mængde Tilfælde er det muligt for Chirurgen at afgjøre det; destoværre ere mange — maaskee de fleste — cancrøse og frembyde saa bestemte Symptomer, at der ingen

Tvivl kan være derom. Er Svulsten meget haard, knudret, træagtig, adhærerer den til Huden, og er Papillen indtrukken, saa antage vi den for cancrøs, ligeledes naar den er ulcereret efter at have bestaaet i nogle Maaneder, saavelsom naar der i Axillen findes mange, haarde Glandelsvulster. Paa den anden Side kan man temmelig bestemt sige, at den ikke er cancrøs, naar den er af en Nøds eller en Valdnøds Størrelse, elastisk, forskydelig, som om man kuude tænke sig en lille Kartoffel stukket ned i Glandlen, og naar den har bestaaet i mange Aar, uden at genere Patienten; i saadanne Tilfælde er det hyppigst en adenoid Svulst (Velpeau), som ikke medfører Farer for hendes Liv.

Dog kan man naturligviis ogsaa træffe Svulster, hvis Diagnose er tvivlsom; saa maa man navnlig lægge Mærke til andre Symptomer, saasom den Maade, hvorpaa den voxer, de Smerter, der kunne ledsage den o. s. v.

Af maligne Svulster er det næsten altid scirrhus, som forekommer i mamma, ikke Epithelialcancer. Encephaloider ere ligeledes sjeldnere, og naar man har en elastisk Svulst for sig, skal man snarere tænke paa en benign Form. Glandelsvulster i Axillen ledsage i Reglen cancer, men man skal vogte sig for den Illusion at troe, at det kunde være en simpel adenitis, der optraadte samtidig med en cancrøs tumor. Man søger vel at trøste sig ved den Forklaring, men det holder ikke Stik; jeg troer tværtimod, at de i Praxis altid skulle betragtes som cancrøse og jeg anseer deres Tilstedeværelse for at være eet af de værste prognostiske Tegn, naar Talen er om en Operation; thi om Svulsten er stor eller lille, adhærent eller ikke, om Integumenterne ere ulcererede eller ikke, alt dette har ikke

saa megen Indflydelse med Hensyn til Operationen, hvorimod jeg meget nødig gaaer ind paa noget Operativt, naar jeg har følt haarde Axillærglandler, idet jeg da venter, at der om meget kort Tid vil komme Recidiv. Rigtignok har Lister omtalt endeel Operationer for mig, hvor han, idetmindste igjennem flere Aar, ikke havde iagttaget noget Recidiv, naar han havde foretaget Exstirpationen paa den Maade, som jeg senere skal beskrive; men uagtet jeg følger den af ham angivne Methode, har jeg dog hidtil ikke været saa heldig.

Vi ville nu undersøge Patienten; jeg begynder altid med at lade hende abducere Armen for at kunne komme med Haanden op i Axillen; saa lader jeg hende atter sænke den for at slappe m. pectoralis under Explorationen. Ved den Leilighed vil jeg advare Dem imod en Feil, man let begaaer, naar man søger efter Glandler i den indvendige Deel af Axillen, nemlig at man lader sig narre af costæ. Disse føles som haarde, runde Prominenser, adskilte ved de Indsænkninger, der dannes af Intercostalrummene, og man ledes da maaskee til at troe, at det er haarde Glandler med Fordybninger imellem. Finder man derimod virkelig haarde Glandelmasser her, da maae de absolut fjernes samtidig med at man exstirperer den cancrøse mamma, men selv Borttagelsen af Glandlerne er ikke tilstrækkelig til at beskytte Patienten imod et Recidiv, thi Sygdommen er jo forplantet til dem igjennem vasa lymphatica, og naar man lader disse blive tilbage, nytter det ikke at man udskjærer Glandlerne. Derfor er det at Lister insisterer paa, at alt Cellevævet i cavitas axillaris og alt det, der gaaer fra mamma herhen, maa exstirperes, saa at man kun har de

store Nerver og vasa liggende i Huulheden; han bruger derfor ogsaa ialmindelighed at overskjære m. pectoralis for at kunne dissekere Axillen fuldstændig reen.

Man angiver sædvanligt, at Encepholoider længe skulle kunne holde sig til et mindre Parti af mamma, men saa pludseligt tiltage stærkt i Volumen, og at de skulde bestaae af fastere og blødere Portioner, fordi enkelte Dele af Svulsten ere emollierede, maaskee forbundet med Hæmorrhagier paa saadanne Steder, saaat der endog føles Fluctuation. Dette er nu ganske vist Tilfældet hos vor Patient, men alligevel antager jeg det ikke for at være et Encephaloid, thi saa vilde der rimeligviis hæve sig mere toppede Prominenser, Huden vilde blive rød her, see phlegmonøs ud og perforere, hvilket Altsammen ikke findes hos denne Kone.

I det Hele kan man sige, at de overordentligt voluminøse Svulster snarere ere benigne; hvis en malign tumor havde naaet en Størrelse af et Barnehoved, vilde sædvanligt Integumenterne være perforerede og hele Organismen angrebet; jeg vil derfor antage denne Svulst — paa Grund netop af dens Størrelse — for at være godartet.

Vi have, som jeg før sagde, to Hovedformer af Svulster i mamma: de cancrøse og Adenomerne eller den „chroniske tumor mammarius“, som Astley Cooper kaldte dem; ved disse sidste er det sædvanligt en lille lobulus, som er angrebet, men den kan voxe indtil temmelig betydelige Dimensioner og den kan ogsaa pludseligt tiltage i Volumen, naar den compliceres med Cystedannelse, hvorved den faaer Form som af en Drueklase. Her troer jeg, at vi have en saadan Forbindelse af en fast og en cystisk Svulst (Eng-

lændernes fibro-cystic tumour), en multiloculær Cyste, som bestaaer af mange ikke communicerende Sække. Og selv om der var en Ulceration paa det meest prominerende Sted, vilde jeg diagnosticere det Samme.

Ved Ulceration af en Svulst forstaaer man enten den, der udgaaer fra en vis Phase i dens Udvikling, idet det cancrøse Væv i et senere Stadium emollieres og perforerer Huden — eller en saadan, som opstaaer ved at Integumenterne gangrænere paa et enkelt Sted som Følge af den stærke Udvidning, der frembringes ved Svulstens raske Væxt, men ikke som Følge af en særegen Egenskab ved Svulsten. Hvis her altsaa var en Ulceration, vilde jeg antage, at den kun hidrørte fra den enorme Udspiling, som Integumenterne have liidt og som ved Tryk havde bevirket deres Gangræn. Huden er desuden ikke adhærent, Papillen ikke retraheret, der er ingen Glandelsvulster, Patienten seer sund ud og befinder sig aldeles vel, kortsagt, Prognosen er god og vi have en tumor benignus.

Behandlingen er kun een, nemlig Exstirpation; at ville tænke paa at resolvere den ved indvendige Midler, som Jod, Arsenik eller deslige, vilde ikke føre til Noget, saa lidt som Inunctioner eller Compression. Naar man undertiden har angivet, at Compression har givet gunstige Resultater, saa har det vist kun været ved chroniske, inflammatoriske Hævelser, hvilke rigtignok kunne være meget vanskelige at skjelne fra de egentlige tumores. Dette Spørgsmaal ville de finde fortrinligt behandlet i Velpeau's Monographi om Sygdommene i mamma, og efter hans Raad kunde man vel, naar der f. Ex. efter en Contusion eller efter Puerperiet eller Lactationen opstod en ubestemt

Hævelse (engorgement) forsøge de nævnte resolverede Midler, men man maa dog erindre, at Compressionen, som rimeligviis vilde være den virksomste, baade er vanskelig at applicere og besværlig for Patienten, da den i høi Grad generer Respirationen.

Naar vi altsaa ere enige om, at Exstirpation dog egentlig er den eneste Maade, hvorpaa vi kunne skille Patienten af med en tumor mammæ, saa have vi endnu de 2 Spørgsmaal tilbage at besvare: 1) skal man operere eller ikke; 2) hvorledes skal man foretage Operationen. Med Hensyn til det første Spørgsmaal ville de træffe to aldeles modsatte Anskuelser; Nogle sige, at en Svulst i mamma skal i Reglen opereres, thi hvis den er benign er der jo ingen Fare ved Exstirpationen og Curen er da radical; hvis den er malign, skal man fjerne den snarest muligt, thi ellers vil Patienten døe af Svulsten, om hvilken vi af Erfaring vide, at den vil angribe hele Organismen, naar den overlades til sig selv. Andre ville sige det Modsatte: har Patienten en benign Svulst, saa kan den jo ikke medføre nogen Fare for Livet; hvorfor skulde man saa exstirpere den, da man dog undertiden har seet en saadan Operation ende lethalt? og hvis Patienten har en cancer mammæ, saa er Operationen til ingen Nytte, thi en cancrøs Svulst er kun et localt Udtryk af en generel Lidelse, af en Dyscrasi, som vedbliver at existere enten Svulsten fjernes eller ikke.

De see altsaa, m. H., at Meningerne staae temmelig skarpt imod hinanden, og man har Autoriteter for sig, hvilken af de to Anskuelser om Operationen man end vil følge, men jeg troer dog, at man kan opstille nogle al-

mindelige Regler. Hvis De træffe paa en lille tumor, som De bestemt antage for godartet, f. Ex. for et Adenom, saa kunne De maaskee bedst raade Patienten til at lade den skjøtte sig selv; er den benign, men saa stor, at den maa genere hende ved sit Volumen, saa tag den bort, hvilket vistnok kan gjøres uden Fare, naar man vil foretage en antiseptisk Operation. Er Diagnosen derimod cancer, saa ville De i Deres Praxis være bedst tjente med, altid at kunne lade være at operere, og jo ældre De blive, desto mindre Lyst ville De have til at operere, thi endskjøndt jeg ikke vil benægte Muligheden af, at en Patient, efter Exstirpationen af en cancrøs mamma, kan leve i en Række af Aar uden at der kommer nogen ny tumor af samme Slags, saa er det Modsatte dog det Almindelige. Vanskeligheden for Chirurgen beroer især paa, at man endnu ikke har kunnet faae det Spørgsmaal besvaret: lever Patienten længere og lider hun mindre naar Svulsten overlades til sig selv, end naar den opereres? De hidtil leverede Statistiker give ikke nogen paalidelig Opgjørelse, og jeg troer, at enhver Læge efterhaanden danner sig en Mening, støttet paa sin egen Erfaring; men de Fleste blive mere og mere Pessimister med Hensyn til Operationen. Een Ting kan jeg dog sige Dem med Bestemthed, og det er, at der gives enkelte Former af cancer mammæ, som De absolut ikke maae røre ved; disse vil jeg komme til i een af de følgende Timer, men foreløbig taler jeg kun om saadanne cancrøse Svulster, som det kan siges at være tilladt at fjerne. Ere nu alle Chirurger enige om den Maade, hvorpaa disse skulle borttages? nei! heller ikke i den Henseende finder man Overeensstemmelse, thi vistnok vil Majoriteten betragte

Exstirpationen som synonym med Bortskjæring med Kniven, men Enkelte — maaskee endog Flere i vor Tidsalder end tidligere — ville anbefale ganske særegne Exstirpationsmaader som preferable fremfor den almindelige blodige Excision. Jeg tænker derved nærmest paa de forskjellige Arter af Cauterisation, baade den med cauterium actuale (Galvanocaustik, Paquelin) og den med caut. potentiale eller caustica (Chlorzink). Idag faaer jeg dog ikke Tid til at opholde mig længere ved denne Side af Sagen, og idet jeg altsaa kommer tilbage til Spørgsmaalet om vor Patients Behandling, vil jeg blot tilføie, at jeg altid har borttaget mamma med Kniven, saaledes som De om et Øieblik ville faae det at see.

At jeg her uden Betænkning skrider til Exstirpationen er vel klart efter de Bemærkninger, jeg for Lidt siden gjorde om Indicationerne; det er efter min Mening en fibrocystisk Svulst, den er operabel, i. e. den vil kunne borttages fuldstændigt og den er paa den anden Side saa stor, at den hindrer Patienten betydeligt; der findes i hendes Almeentilstand ingen Contraindicationer, og hun forlanger selv at opereres. Jeg vil som sædvanligt foretage Operationen antiseptisk og fjerne tumor tilligemed hele Glandlen.

Jeg gjør to buede Snit, som forenede danne en Elipse, og omskrive Papillen med dens nærmeste Omgivelesr, Integumenterne dissekeres til Siderne indtil jeg naaer Glandlens Grændser, og nu præpareres denne løs fra den underliggende m. pectoralis. Operationen er ikke videre vanskelig, men kan tidt vare meget længe, en halv Time eller mere, fordi man faaer en rigelig Blødning fra en Deel mindre og større Arterier; disse, maaskee 10—12 i Antal, maae

have ophørt at bløde, inden Saaret forenes, og jeg vil standse Hæmorrhagien deels ved Compression (Péan's Pincetter), deels ved Ligatur eller muligen Torsion; alle disse Methoder kunne anvendes med Fordeel, men jeg troer dog, at de største af de blødende Arterier helst maae underbindes — med catgut —, medens jeg for de mindres Vedkommende vil kunne nøies med Compressionen. Hæmorrhagien er for det Meste altfor stærk til at man kan vente med at standse den indtil hele Glandlen er taget bort, men under Operationen behøver man dog sjældent at benytte Andet end den temporære Hæmostase ved Compression; bagefter kan man da vælge imellem de bekjendte definitive hæmostatiske Midler.

Exstirpationen vil maaskee blive lidt vanskeliggjort derved, at der er en stor Mængde Cyster, hvoraf vist nogle ville blive aabnede under Operationen, saaat Indholdet flyder ud. Man kunde vel gjøre mig det Spørgsmaal, om jeg slet ikke har tænkt paa at behandle Svulsten — hvis den er cystisk — paa samme Maade som man ellers pleier at behandle Cyster, nemlig ved Injection. Men dertil vil jeg svare, at jeg antager den for at være multiloculær, saaat det vist var umuligt at foretage Injection i alle Cysterne, og selv om de virkelig bleve injicerede alle, vilde Sygdommen dog ikke kunne helbredes derved, thi naar det, som jeg formoder, er en fibro-cystisk tumor, saa bliver der altid den oprindelige Svulstmasse tilbage, som ikke fjernes og som vilde kunne frembringe Cyster paany.

De saae, m. H., hvorledes jeg udførte Excisionen, overeensstemmende med den Beskrivelse, jeg havde givet Dem

sf den; kun een Cyste blev aabnet, men en Mængde Arterier krævede Ligaturer. Vor Diagnose viser sig at være rigtig: naar jeg nu skjærer Svulsten igjennem, findes den at bestaae af et fibrøst Væv, indeholdende utallige store og smaa ikke sammenhængende Caviteter, fyldte med en klar, sero-sangvinolent Vædske. Nu skal Saaret forenes i hele sin Udstrækning med Staaltraadssuturer, Drainrør indlægges og en antiseptisk Forbinding anbringes.

14.

Amputatio mammæ. — Exeresis. — Cancer mammæ.

Mine Herrer!

Før jeg præsenterer Dem en Patient, som vi igaar fik herind med en cancer mammæ, vil jeg vise Dem den Kone, som De ville erindre, at jeg opererede for 10 Dage siden for en fibrocystisk Svulst i samme Region, nærmest for at De kunne see, hvorledes man arrangerer en antiseptisk Forbinding efter de forskjellige Steder paa Legemet, hvor den skal anlægges. Regio mammaria hører netop til de Steder, hvor denne Forbinding er overordentlig vanskelig at applicere, naar man vil sikkre sig imod Putrefaction. Jeg maa gjentagende bede Dem huske, at man ved vor Carbolforbinding ikke tilsigter nogen hermetisk Aflukning af Saaret, men kun at Luften, naar den igjennem, eller fra Randene af, Forbindingen kommer ind til Saarfladen, maa passere Stoffer, der desinficere den ved at ødelægge de i den suspenderede skadelige Organismer. Vi gjøre det her ved Hjælp af de Stoffer. som dræbe saadanne Organismer, f. Ex. ved Carbolsyre, men man kan ogsaa gjøre det ved at benytte saadanne Stoffer, som ikke tillade dem at gaae igjennem tilligemed Luften, men holde dem tilbage

ligesom i et Filtreer-Apparat. Et saadant Middel have vi i Bomuld, og derfor kunne store Masser af Vat, anbragte udenom et Saar,, virke antiseptisk, rigtignok paa en anden Maade, men ofte ligesaagodt som Carbolsyren. Om end Opfinderen (A. Guérin i Paris) af denne Occlusionsbandage eller Vatforbinding, som man pleier at kalde den, ikke havde nogen fuldstændig klar Bevidsthed om Grunden til denne Saarbehandlings Fortrin fremfor andre af Datidens Forbindingsmaader, har han dog havt megen Fortjeneste af at have indført den i Frankrig, hvor den lige siden den sidste Krigs Begyndelse har været den meest almindeligt anvendte ved Operationer, og ialtfald har givet langt bedre Resultater end de, der brugtes i dette Land før den Tid.

Ved vor sædvanlige Gazeforbinding ville Secreterne fra Saaret i Almindelighed sive ud langs Huden indtil de ved at komme ud til Bandagens Rande træde i Berøring med den athmosphæriske Luft, og Putrescentsen vil da kunne forplante sig af den samme Vei ind til Saaret. For at forhindre dette, maa man fixere humerus ind til truncus for at Patienten ikke ved at bevæge den skal ligefrem pumpe Luften ind under Forbindingen, men desuden maa denne anlægges paa en særegen Maade, som jeg nu skal vise Dem.

Jeg benytter 2 Stykker Carbolgaze; det største lægger jeg paa den tilsvarende Halvdeel af Ryggen og slaaer den udenom humerus hen paa Brystet, bedækkende det mindre Stykke, som strækker sig fra Axillen indenfor humerus, omkring Saaret, indtil lidt over Midtlinien. Det Hele fæstes da med Gazebind og en bred Longuet, der trykker humerus fast ind imod Brystet. Nu har jeg aftaget Forbin-

dingen, naturligviis under antiseptisk Douche, og vi skulle da betragte Saaret. Jeg havde indlagt 3 Drainrør, dem vil jeg udtage og rense, men idet jeg trækker dem ud, følger jeg efter med Fingeren og lægger den mod Aabningen, thi ellers vil Luften komme altfor rask strømmende ind i den Canal, hvori de laae, idet dennes Vægge jo ere stive af Inflammation og ikke tilbøielige til at falde sammen; dette kunde medføre Fare, da den store Cavitet, som findes der, hvor tumor har ligget, saagodtsom altid indeholder endeel Blod. Men det er mærkeligt at see, at dette, som dog er een af de meest putrescible Vædsker, kan holde sig fuldkommen friskt uden noget Spor af Decomposition, forudsat at Antiseptiken har været fuldstændig. Der er i den Henseende ingen Forskjel paa Blod ansamlet i en aaben Huulhed og f. Ex. en Ansamling af Blod, ved en ucompliceret Fractur, i Bløddelene af en Extremitet; det resorberes lige godt i begge Tilfælde og gjør maaskee snarere Gavn end Skade, idet det tildeels kan bidrage til Organisationen af nydannet Væv.

Kan man altsaa holde Saaret complet antiseptisk, er der ingen Grund til at frygte for det indesluttede Blod, og jeg bekymrer mig her aldeles ikke om det, endskjøndt jeg føler at det er tilstede i saa stor Mængde, at det endog giver mig en Fornemmelse af Fluctuation, naar jeg føler paa Huden, der bedækker det.

Een Ting vil jeg endnu gjøre Dem opmærksomme paa med Hensyn til Drainrørene, at disse i Begyndelsen klæbe stærkt fast til de blødende Flader, som de ligge i Berøring med; for ikke at irritere disse maae De derfor helst lade være at tage dem ud i de første Par Dage; i den Hen-

seende følger jeg altid Listers Anviisning og lader dem endog tidt ligge meget længere uden at rense dem; ved Resection af Knæet har jeg endog ladet dem urørte i 3 Uger og været vel tilfreds dermed.

Forøvrigt see De jo, at Saaret i hele sin Længde er forenet uagtet den Stramning, der har været paa Suturerne ved at Caviteten er udspilet af Blod; jeg vil endog godt kunne fjerne nogle af Suturerne idag, da jeg antager, at de ikke mere behøves. I det Hele tør vi vistnok haabe paa et godt Resultat af Operationen, da Patientens Almeenbefindende er aldeles uforstyrret.

Inden jeg forlader dette Thema om Exstirpationen af mamma, maa jeg dvæle lidt ved det Punct, som jeg i forrige Time ikke kunde faae Tid at udvikle tilstrækkeligt for Dem, nemlig Spørgsmaalet om, hvorvidt man kunde benytte andre Midler end Kniven til at fjerne denne Deel af Legemet. Jeg sagde Dem nemlig, at Mange nutildags foretrække Cauterisation, og det leder mig til at omtale Exeresen i Almindelighed. Ved dette Ord forstaae vi som bekjendt Borttagelsen af en Deel, som er i Forbindelse med det menneskelige Legeme, enten det er en Svulst eller et større eller mindre Lem, hvorimod vi nu ikke regne saadanne Operationer med hertil, som kun gaae ud paa at borttage et fremmed Legeme, en calculus vesicæ eller deslige. Vægten ligger netop paa, at det er fasthængende Dele, der fjernes, men desuden skal det Exstirperede fjernes som et Hele, ved „Dierese", det vil sige ved en solutio continui, som adskiller det Syge fra Resten af Legemet. Altsaa regne vi det ikke med til Exerese, naar man ved

successive Cauterisationer destruerer en Svulst i smaa Stykker, ligesaalidt som det er „Exerese", naar vi udtømme Vædsken i en Cyste eller anden Huulhed. Jeg vil ikke engang betragte det som Exerese, naar vi borttage en tumor sebaceus, derved at vi fremkalde en Suppuration, som lidt efter lidt løsner den fra sine Omgivelser. Men selv om vi udelade disse Tilfælde, bliver der dog en Mængde tilbage, som vi nu ville afhandle under Eet, og det er der saameget mere Grund til, som de fleste af Methoderne netop skyldes den nuværende Generation.

Exeresen inddeles naturligst i de blodige og de ublodige Methoder. Den første af disse var saagodtsom den eneste i det franske chirurgiske Academies Tid saavelsom i Begyndelsen af dette Aarhundrede; man benyttede næsten altid Kniven undtagen maaskee ved Polyper. Kniven har jo det Fortrin at man veed, hvor man skjærer og hvad man skjærer, man seer de Arterier, der bløde, og kan underbinde dem, og man kan lettere forene et saadant Saar; for mit Vedkommende betragter jeg Kniven som det egentlige Instrument til Dierese og Exerese (disse to falde jo for det Meste sammen), og jeg troer knap at noget andet vil kunne erstatte det, medens de ublodige Midler, som jeg nu vil betragte, vistnok kunne være indicerede under visse Betingelser.

De ublodige Methoder ere meget forskjellige indbyrdes, og for at faae en mere ordnet Fremstilling vil jeg først dele dem i 2 Klasser: de mechaniske (Ligatur og écrasement) og de cauteriserende (cauterium actuale & potentiale, Galvanocaustik); rigtignok kunde man endnu nævne som

en tredie Methode „Afrivning“, men den har en saa underordnet Betydning, at jeg ikke vil regne den med. Vi have altsaa de mechaniske og de cauteriserende Midler, men endskjøndt jeg for Fremstillingens Skyld vil betragte dem hver for sig, maa jeg dog minde Dem om, at den allernyeste Tid netop har seet mange Forsøg paa at combinere dem i Praxis.

De mechaniske Methoder (méthodes de constriction) ere de ældste og kunne siges at datere sig fra 1826, da M. Mayor i Lausanne fremkom med sin Ligatur, som han snørede saa stærk sammen om Svulsten, at der kom Gangræn af den; dette blev kaldt „ligature en masse“. Ligesom hans andre Ideer og Opfindelser, der ofte kunde benævnes Excentriciteter, gjorde Ligaturen stor Opsigt en Tid, men forglemtes atter næsten fuldstændigt. Imellem 1840 og 1850 kom imidlertid lignende Methoder op paany, især foranlediget ved Velpeau's Undersøgelser om den purulente Infection, hvilken han meente altid skyldtes de aabne, skaarne Saar; ved subcutane Læsioner fik vi det derimod ikke, altsaa maatte Kniven være Skyld i de farlige Tilfælde, derved at den skaffede Luften Adgang, bevirkede Suppuration og senere Optagelse af Pus i Organismen (igjennem Venerne). Man søgte derfor at undgaae Anvendelse af Kniven, og ligesom Bonnet og hans Elever (i Lyon) anbefalede Cauterisation, saaledes foreslog Chassaignac 1850 sin écrasement med det bekjendte Instrument, der bærer hans Navn. Dette troede Maisonneuve at forbedre ved sin ligature extemporanée, der ligefrem var en Gjenoptagelse af Mayors Methode, kun med andre Instrumenter; hans første mémoire herom udkom 1860. Endelig er der for

faa Aar siden kommet endnu en Ligaturmethode af Grandezzo Silvestri, nemlig den elastiske Ligatur. Vi have altsaa 4 forskjellige Constrictionsmaader, der alle skulle have det Fortrin, at de borttage Dele uden at der kommer nogen Blødning, men der er dog den væsentlige Forskjel, at de 2, Chassaignac's og Maissonneuve's, fjerne levende Væv, medens de 2 andre borttage døde Væv, idet de efterat være snørede til saa stærkt, at Circulationen standser, faae Delene til at gangrænere, saaat disse først udskilles senere; det kan vare lang Tid, endogsaa flere Uger, inden Ligaturen skjærer igjennem, men til Gjengjæld er man rigtignok heelt fri for Blødning, og derfor kunne disse to Methoder endnu finde Anvendelse ved Polyper og ved meget vasculære Dele, hvor det er af Vigtighed at undgaae Hæmorrhagier. Men Patienten har tidt stor Ulempe af det gangrænerede Parti, f. Ex. i Munden ved Ligatur af Tungen eller af en Polyp, som kan foraarsage en forfærdelig Lugt og foetid Smag, ligesom Patienten ogsaa kan have Skade af at synke de putride Vædsker.

De to førstnævnte Exstirpationsmethoder have derimod fjernet Delen, naar Operationen er tilende, det borttagne Parti indeholder Vævene i samme Tilstand som før Operationen og sikkre i det Hele godt imod Hæmorrhagi; saaledes kan hele Tungen fjernes med en Ecraseur og vise en næsten tør Saarflade. Men ofte comprimeres Delene paa Constrictionsstedet i den Grad, at det næsten ikke er muligt at faae dem skaaret igjennem, navnlig Huden, som kan være trykket sammen saaat den ligner tykt Læder; man har derfor stundom først gjennemskaaret Integumenterne og derefter ecraseret Resten. Chassaignac's Ecraseur

virker deels comprimerende og deels saugende paa Grund af Instrumentets eiendommelige Construction, Maissonneuve's Ligatur har egentlig kun en comprimerende Virkning, og knuser Vævene, men Traaden springer ofte under Operationen, naar den har en betydelig Modstand at overvinde. Mayors Ligatur er nu næsten obsolet, og den elastiske synes aldeles at gaae i Glemme, da den næppe har noget reelt Fortrin fremfor de to franske Methoder. Naar vi altsaa vilde udtale en Dom om de 4 Ligaturer, maatte vi vistnok sætte Ecraseuren høiest; den er i Besiddelse af den største Styrke, den kan, saa at sige, ikke gaae itu, den sikkrer, naar den bruges paa rette Maade, ialmindelighed imod Blødning, den giver en tør Saarflade, som i Reglen snart bliver granulerende ved Elimination af det tynde gangrænøse Lag, som dækker Fladen, og den er temmelig let at haandtere. Derimod undgaaer man ikke altid secundære Hæmorrhagier, hvilke f. Ex. efter Exstirpation af Tungen tidt have været slemme nok at standse.

For at kunne bruge en hvilkensomhelst Ligatur, maa man naturligviis have en Slags Stilk eller et mere indknebet Sted, hvor den skal appliceres, og hvis Delen ikke i Forveien er petiolat, maa man først gjøre den dertil ved at frembringe en kunstig Begrændsning; dette er dog i Almindelighed ikke vanskeligt og kræver ikke engang særegne Instrumenter, men man kan ikke undgaae, at alle Integumenterne gaae tabt i den Udstrækning, hvori Exstirpationen foretages, og i denne Henseende maa en Ligatur staae tilbage for Kniven, som tillader os ved en Dissection at fjerne blot det Syge og lade Bedækningerne tilbage. I det Hele maae vi vel regne Ligaturerne til de exceptionelle

Behandlingsmaader, og de Fleste indskrænke deres Territorium til enkelte Localiteter, navnlig ved de naturlige Caviteter.

Exeresen ved Cauterisation kan, som ovenfor berørt, siges at være udgaaet fra Bonnets Skole, men er især blevet udbredt af den franske Provindslæge Girouard, og det er navnlig ved Exstirpationen af mamma, at den har fundet stor Anvendelse i Frankrig. Han brugte en Combination af Kali causticum og Chlorzink, idet disse to caustica virke hver paa sin Maade; at det maa være faste caustiske Substanser, der skulle bruges til Exerese, følger vel af sig selv, da det kommer an paa at begrændse Virkningen til enkelte Puncter, hvilket næppe lod sig gjøre ved Fluida. Chlorzink bruges i Form af en pasta, som dannes ved at blande den med Brød, Meel, Gummi, Stivelse eller lignende Stoffer, og den kaldes ofte Canquoin's Pasta, da han først har angivet en saadan Sammensætning. Chlorzink har en ganske eiendommelig Virkning paa Legemets Væv; den angriber ikke Epidermis, saa at man godt kan tage paa den og gnide den imellem Fingrene uden at have nogen Skade deraf; corium derimod afficeres meget stærkt, naar den er blottet, og den Smerte, der opstaaer herved, kan være overordentlig intens, ja den fremkalder undertiden en heftig Reaction, idet der kan komme en Phlegmone i betydeligt Omfang. Paa en frisk, blødende eller granulerende Flade ere Smerterne derimod ikke synderlig stærke.

Chlorzinken udmærker sig ved at udbrede sin Virkning i en stor Dybde; den bliver ved at virke og gaaer dybere og dybere, indtil den er fuldstændig opløst; den kan fortsætte sin Cauterisation indtil 36 Timer og i den Tid trænge

næsten en Tomme i Dybden; herved destruerer den alle de Dele, den træffer paa, og omdanner dem til en escara, og tillige er den meget hæmostatisk; den standser ikke blot parenchymatøs Blødning men ogsaa Blødning fra mindre Arterier indtil omtrent en Størrelse som a. radialis. Efter 5—6 Dages Forløb løsnes escara, og den Saarflade, der da kommer tilsyne, er sund og granulerende.

Kali causticum derimod flyder ud, naar det kommer paa Huden, det smelter, saa at sige, ud over Huden, og breder sig derved meget til Siderne, men kun lidet i Dybden. Dets Virkning standser snart, idet den kun gaaer igjennem Epidermis og corium, men det er ikke hæmosthatisk; efter 20—30 Minuters Forløb er Virkningen ophørt.

Da Chlorzink, som sagt, ikke afficerer Epidermis, maa man altsaa først bane en Vei for den, og dertil er det man benytter Kali causticum. Skal man derfor borttage mamma paa denne Maade, saa sætter man først en Stribe omkring den med pasta Viennensis (Kali causticum og Kalk); efter ca. 20 Minuter er hele corium destrueret, hvorpaa man skjærer escara igjennem og lægger en Strimmel af Chlorzinkpasta hele Veien rundt; den vil saa trænge dybere og dybere ned lige til m. pectoralis major, nu løftes mamma lidt op i Omkredsen, og man stikker da flere „Pile“ af den samme Pasta ind i det laxe Cellevæv mellem Musklen og Glandlen. Efter 5—6 Dage er der herved dannet en escara under hele mamma, som nu ialmindelighed kan tages bort.

Denne Girouard's Methode er naturligviis smertefuld, skjøndt efter hans Sigende ikke i den Grad som man skulde troe, derimod brugte Maissonneuve en „Forbedring“, som

næsten er uudholdelig for Patienten, fordi han ikke begynder med at destruere Huden med Kali causticum. Han fører nemlig, under Chloroformering, en spids Kniv ind imellem mamma og pectoralis, fra Omkredsen af Glandlen ind imod Midten, og igjennem det derved dannede Hul stikker han en „Piil“ af Chlorzinkpasta. Dette gjentager han paa mange Puncter, saaat han tilsidst faaer en heel Kreds af Pile, der gaae som Radier ind til under Midten af mamma, og han frembringer derved en escara, som løsner Glandlen i sin Heelhed, men da den sunde corium ogsaa skal destrueres ved denne „cautérisation en flêches“, opstaae ulidelige Smerter, der desuden vedblive i saa lang Tid (flere Dage), at man ikke kan holde Patienten anæstheseret.

Dernæst kan man indvende imod hans Methode, at den virker saa blindt; man veed ikke hvor dybt Cauterisationen vil gaae, og det er skeet flere Gange, endog for Maissonneuve selv, at hele Brystvæggen er blevet destrueret, pleura aabnet og Patienten er død af en suppurativ pleuritis.

Medens altsaa den potentielle Cauterisering ikke finder megen Anvendelse mere, er derimod den actuelle kommet destomere i Brug, især i Paris (Verneuil) og i Lyon (Valette). Det er da navnlig som Galvanocaustik, at den er kommet i Mode og hyppigst som den „galvaniske Kniv“, ɔ: et tyndt Stykke Platin, som gjøres rødglødende og nu føres ligesom en Kniv igjennem de bløde Dele. Den maa bevæges meget langsomt og ikke være hvidglødende, da den ellers ikke sikkrer mod Hæmorrhagier. Med nogen Øvelse er den temmelig let at haandtere og har givet sær-

deles gode Resultater, idet den frembringer en tør, gangrænøs Flade, som snart renser sig og granulerer godt. Med Hensyn til erysipelas og purulent Infection kan den vel have Fortrin for en simpel Excision med Kniven, men man undgaaer ikke altid secundære Blødninger, f. Ex. fra Tungen.

I den allernyeste Tid er den blevet fortrængt endeel af Paquelin's Cauterium, der er langt billigere, nemmere at opvarme og har en mere hensigtsmæssig Form end den galvaniske Kniv. Forresten skulde jeg minde Dem om, at man ogsaa ofte har brugt Galvanocaustik ved Hjælp af en Slynge af Platintraad (anse galvanique), men saaledes som man i Almindelighed anvender denne, virker den dog aldeles som Kniven, og jeg vil derfor ikke opholde mig længere ved denne Form af Exerese.

Men hvad der maaskee allermeest characteriserer Nutidens ublodige Exstirpationsmethoder, det er, at man combinerer de forskjellige med hinanden. Som Exempler herpaa vil jeg nævne Dem den samtidige Compression og Cauterisation ved Baker Browns clamp til Ovariotomier, eller Verneuil's Exstirpation af cancer recti ved at forbinde Chassaignac's Ecrasering med den galvaniske Slynge; men som de vigtigste Modificationer i denne Henseende maa jeg omtale de to Fremgangsmaader, hvorved det samme Instrument comprimerer og cauteriserer. Det ene Instrument er Valette's (i Lyon); det er formet som en clamp og har 2 Brancher, der skrues sammen, men i de mod hinanden vendende Flader er der en dyb Fure, som fyldes med Chlorzinkpasta; det andet er en galvanisk Slynge, der ved en Mechanisme liig den paa Maissonneuve's Ligatur-

apparat, bliver skruet langsomt til og derved sammentrykker Vævene paa samme Tid som de cauteriseres.

Naar vi nu altsaa have nævnet Hovedmethoderne for Exeresen og classificeret dem efter Mechanismen, hvorved Exstirpationen frembringes, saa staaer der dog tilbage at betragte dem endnu fra een Side, og det er fra Smertens Side. — Hvilken er den mindst smertefulde? Dette Spørgsmaal besvares forskjelligt af Chirurgerne og kan maaskee kun besvares af den Patient, som selv har maattet prøve flere af Operationerne. At Kniven er smertefuld, er sikkert nok, men Operationen kan for det Meste tilendebringes hurtigere end ved noget andet Middel; hvorvidt det glødende Jern (eller i det Hele den actuelle Cauterisation) er mere eller mindre pinefuldt i sig selv, uanseet Operationens Varighed, er vist vanskeligt at afgjøre, men da man nu forudsætter, at den Syge i Almindelighed bedøves, har det mindre Betydning. Derimod maa man see Sagen fra den Side, at nogle Methoder fjerne det Syge strax, og saa kan Chloroform anvendes; derfor vil Patienten lide langt mindre ved følgende 4 Operationer: 1) ved Kniven, 2) ved den actuelle Cauterisation, 3) ved Chassaignac's og 4) ved Maissonneuve's Ecraseurer — end ved 1) Mayors og 2) Silvestri's Ligaturer, og 3) ved den potentielle Cauterisation, idet alle de sidstnævnte Behandlingsmaader vare saa længe, at der ikke er Tale om Anæsthesie. De værste af alle ere utvivlsomt den elastiske Ligatur og cauterisation en flêches, derimod mener Valette, at Smerten formindskes betydeligt naar man bruger hans Combination af Sammensnøring og Chlorzinkpasta.

Som Resultatet af de foregaaende Bemærkninger vilde jeg for mit Vedkommende udtale den Mening, at Kniven er det egentlige Exstirpationsmiddel, og at der kun i exceptionelle Tilfælde kan være Indication for nogen anden Exerese; men da bør Chassaignac's Ecraseur og den ophedede Platinkniv vistnok foretrækkes.

M. H.! De almindelige Betragtninger om Exeresen have medtaget saa lang Tid, at jeg maa fatte mig i Korthed om den Patient, som jeg idag skulde vise Dem. Det er et 50aarigt, ugift Fruentimmer, som er kommet herind for en Sygdom i venstre mamma, der efter hendes Sigende har varet i et Par Aar. De see nu, at mamma er forøget i Volumen, dog ikke betydeligt; Huden er overalt adhærent til Underlaget, er haard, læderagtig, og har et aparte garvet, knopret Udseende. Paa enkelte Partier i Omfanget af Regionen, navnlig paa sternum, findes smaa, haarde Afsætninger i Huden, spredte og uden noget Sammenhæng indbyrdes. Paa Midten af den store Svulst sees en lille Top, svarende til Papillen, men den er mere deprimeret end Omgivelserne; det er, hvad vi kalde en Retraction af Papillen, som er temmelig almindelig ved visse Sygdomme i mamma og beroer paa en Sammentrækning af Vævet langs med ductus lactiferi, medens det Øvrige af Glandlen tiltager i Masse. I regio axillaris findes Integumenterne ligeledes indurerede, med et chagrineret Udseende, og vi kunne altsaa deraf see, at der ikke blot er en Sygdom af mamma, men ogsaa af Huden indtil en vis Afstand fra Glandlen. Naar man dernæst fatter om den svulne mamma og søger at forskyde den imod de underliggende Dele, føler man

tydeligt, at den hænger fast i Dybden, altsaa er pectoralis ogsaa afficeret. Et andet Tegn herpaa finde vi desuden deri, at der er en Hindring for Musklens Bevægelse, hvorom vi overbevise os ved at foretage passive Bevægelser med Armen; ved disse Forsøg ømmer Patienten sig og pectoralis føles som en haard, contractureret Streng, dannende den forreste Væg i Axillen. Endelig findes inde i cav. axillaris endeel svuldne, haarde Glandler.

Patienten klager over jagende eller lancinerende Smerter, hun føler sig meget mat og svag, men har dog egentlig ikke noget cachectisk Ydre; i den sidste Tid er der kommet en megen besværlig Complication til, nemlig en stærk Dyspnøe, og da hun tillige har bemærket, at hele venstre Overextremitet er blevet noget tyk og rød, har hun af den Grund lagt sig ind paa Hospitalet.

At her findes en cancer mammæ er aldeles evident, vi have tilstrækkeligt mange, characteristiske Symptomer; men det er dog ikke nogen almindelig Form, idet Sygdommen har angrebet endeel andre Væv foruden Glandlen. Det er nemlig tillige en cancer cutaneus eller, som Velpeau har kaldt den, en „cancer en cuirasse“, et Navn, som er ret betegnende, fordi Svulsten efterhaanden udbreder sig over hele Brystet som et Pantser. Baade er her Glandlen selv angrebet og pectoralis og Integumenterne til begge Sider, men dernæst har Sygdommen ogsaa strakt sig dybt op i Axillen, hvor man føler de haarde, lymphatiske Glandler og hvor v. axillaris maa være comprimeret eller maaskee oblitereret som Følge af at Degenerationen er naaet til den. Ialtfald tyder den oedematøse Hævelse af Overextremiteten paa, at der er en Forstyrrelse i den venøse Circulation.

Men hænger nu Dyspnøen ogsaa sammen med Sygdommen i mamma? ja, det gjør den sikkert, men vi kunne tænke os to Forklaringer: enten har den cancrøse Affection grebet saaledes om sig i Dybden, at pleura er blevet afficeret, eller, hvad der er rimeligere, Dyspnøen beroer paa den mechaniske Hindring for Brystets Udvidelse, hvad der altid pleier at indtræde ved denne eiendommelige „Pantser“-Form.

Det er i det Hele en Typus paa denne Art af cancer, og jeg vil bede Dem at lægge Mærke til den, fordi de sjeldnere faae Leilighed til at iagttage den her paa Hospitalet; jeg erindrer ikke at have havt mere end 4 Tilfælde i disse 10 Aar, hvorved jeg dog maa bemærke, at Sjeldenheden tildeels kunde beroe derpaa, at jeg aldrig vilde operere en saadan cancer, og at Patienter med den Sygdom derfor i Reglen ikke indlægges hos os. Det er nemlig en ufravigelig Regel for mig, at selv hvis en cancer en cuirasse var nok saa lille, vilde jeg under ingen Omstændigheder røre ved den. Chirurger kunne have forskjellige Anskuelser, om Operationen af en cancrøs Svulst i Almindelighed skal foretages eller ikke, men der gives visse Former af denne Sygdom i mamma, ved hvilke man bestemt burde nægte at operere, og dertil regner jeg da især de cutane Former, enten cancer viser sig som en Plade, der breder sig bælteformet omkring thorax, eller den optræder som smaa disseminerede Knuder i Omfanget af Glandlen. Desuden er det efter min Mening en bestemt Contraindication, naar man finder en cancrøs Cachexie eller cancrøse Svulster paa andre Steder af Legemet; den eneste Undtagelse herfra skulde være, naar den anden

Svulst fandtes i Axillen og man ved Operationen kunde fjerne den fuldstændigt samtidig med alt det omgivende Cellevæv. — I disse Tilfælde er Contraindicationen altsaa baseret paa, at Svulsten er „altfor malign“, saaat Exstirpationen vil være aldeles unyttig og utilladelig, men paa den anden Side have vi en Slags cancer, som er „altfor benign“ — om jeg tør udtrykke mig saaledes — til at man skal røre ved den, og det er den atrophiske, hvorved man forstaaer en Form af cancer mammæ, som er i høieste Grad chronisk og i Tidens Løb skrumper mere og mere sammen tilligemed Glandlen selv, saaat man tilsidst kun føler en lille, steenhaard, valdnødstor Klump paa mamma's Plads. Til samme Categori vilde jeg henføre de Tilfælde, hvor man har en ulcereret scirrhus, næsten uden ichorøst Secret og med en fordybet Bund, der udhuler sig mere og mere; saadanne Patienter kunne leve i en lang Række af Aar førend der indtræder Cachexie, og de have tidt meget ringe Smerte.

Hvad nu vor Patient angaaer, da vil jeg ikke paa nogen Maade tænke paa at operere hende, og da der altsaa ikke er nogen Anledning for hende til at ligge her paa Hospitalet, vil jeg tilraade hende at reise hjem een af de første Dage. Behandlingen vil kun kunne være palliativ og væsentlig bestaae i narcotica, især Opiumspræparater. Man vil rimeligviis maatte stige meget høit med Doserne, og jeg vil anbefale Dem aldrig at være „knebne“ i den Henseende; jeg kan ikke forstaae, at en Læge vedbliver at give en cancrøs Patient nogle faa Draaber Opium, istedetfor at forøge Dosis lige indtil man dulmer Smerterne.

15.

Tumor syphiliticus mammæ. — Osteosarcoma scapulæ. — Vulnera.

Mine Herrer!

Da jeg i de sidste Timer har talt til Dem om Svulster i mamma og fremstillet et Par Tilfælde af disse Sygdomme, vil jeg idag som et Sidestykke dertil vise Dem denne Patient, som Mange af Dem vistnok kjende, idet hun allerede har ligget herinde i flere Maaneder. Diagnosen af hendes Sygdom var maaskee noget usikker fra Først af, men under hendes Ophold er den efterhaanden blevet klarere, og da hun er kommet sig saa godt, at hun meget snart skal udskrives, vil jeg, at De skulle see hende, førend hun forlader os.

Patienten er en ældre Kone, paa omtrent 40 Aar, som for et Aar siden fik Smerte og Svulst i venstre mamma; der opstod snart flere Ulcerationer, den ene kort efter den anden, og af saadanne var der fire tilstede ved Indlæggelsen.

Længere Tid i Forveien er hun blevet behandlet paa Communehospitalet for en Sygdom i venstre Knæ af en inflammatorisk Characteer, og den er recidiveret flere Gange, saaat den ogsaa nu udgjorde een af hendes væsentligste Klager. Endelig er hun, nogen Tid førend Brystet angrebes,

blevet behandlet for en Hudsygdom, som hun kalder „Kopper". Vi skulle da nærmere undersøge disse forskjellige Tilfælde, som hun har liidt af.

Der fandtes altsaa ved hendes Optagelse her paa Afdelingen en Svulst, som indtog Midtpartiet af venstre mamma, var haard og lidt knudret, og Papillen var retraheret, saaat areola kom til at staae noget mere frem. Hun klagede over temmelig stærke Smerter i Hævelsen, og paa denne fandtes 4 Ulcerationer af rundagtig Form, omtrent af Størrelse som en 10 Øre. Af den vagthavende Læge, som tog imod hende, blev der diagnosticeret en cancer mammæ, da Patienten tillige saae noget cachectisk ud; men det var dog ikke det Indtryk, jeg fik af Sygdommen, da jeg saae hende. Thi hvis her var en ulcereret, cancrøs Svulst, maatte man igjennem Ulcerationerne kunne komme ind til selve den cancrøse Masse, da disse jo netop opstaae derved, at det er den pathologiske Nydannelse, der perforerer Huden og kommer tilsyne indenfor den. Her kunde Sonden imidlertid ikke føle saadanne haarde Partier, men kom kun igjennem corium og kunde bringes et lille Stykke ind under den underminerede Hud. Tillige var det underligt, om Nydannelsen havde perforeret paa 4 forskjellige Steder, uden at den samtidig havde opnaaet en betydeligere Udstrækning i flere Retninger; der var heller ikke nogen Fremskydning af cancrøst Væv fra Bunden af disse Ulcerationer. Jeg antog derfor at det var Svulst, ikke **i** Glandlen, men af Glandlen, en Intumescents af Glandlens Masse, eller en chronisk inflammatorisk Svulst af den centrale Deel af mamma. Men en saadan local mastitis vilde rimeligviis enten være gaaet over i Resolution eller hvis den

var blevet suppurativ, vilde den have aabnet sig med Abscesser, som havde udtømt endeel Pus og derefter vare faldet sammen; her var det derimod Ulcerationer, som havde dannet sig spontant og derefter holdt sig omtrent i samme Tilstand næsten et heelt Aar. Man kom derved til at tænke paa, at det kunde være en Dyscrasi, som havde foranlediget Sygdommen.

I venstre Knæ havde der, som sagt, allerede tidligere været endeel Hævelse; i den Tid, hun har ligget herinde, har der flere Gange været Ansamling inde i Articulationen, som er svundet og atter recidiveret. For Øieblikket er der ikke meget Sygeligt tilbage, som De kunne see, naar De sammenligne de to Extremiteter med hinanden. Der føles kun en halvblød Masse lige inde paa condyli femoris, og disse synes at være noget fortykkede; imidlertid maa man ikke af denne Følelse lade sig forlede til at antage, at der er en Forøgelse af Beendelenes Volumen, og for at faae Sikkerhed derom maa man anstille Maaling med Krumpasseren. Naar man gjør dette viser det sig, at selve Benet ikke er fortykket, men kun at de bløde Dele nærmest uden paa periostium ere noget svulne; Ansamling af Vædske opdages derimod ikke.

Endelig angiver Patienten, at hun har havt Kopper, og hun fremviste ved Indlæggelsen en Mængde Pletter, baade i Ansigtet og paa den øvrige Deel af Legemet; nu er der dog kun meget svage Spor tilbage af dem. Disse Pletter havde imidlertid ikke Characteren af variolæ, idet de vare mørkebrune, og aldeles ikke deprimerede som Cicatricerne pleie at være, selv om man først seer dem et Par Aar efter. Her have vi altsaa snarere maculæ, og saadanne

skyldes enten en acut exanthematisk Sygdom — men dertil have disse varet altfor længe — eller en chronisk Sygdom, og det er da vistnok Syphilis. Vi kunne nu ved denne have enten tidlige maculæ, som ere lyserøde og temmelig hurtigt svinde ved en passende Behandling, eller den senere Form, som er mørkere af Farve, enten mere bruunagtig eller blyfarvet, og som svinder overordentligt langsomt ved en fortsat Cuur, selv om de andre Symptomer paa Sygdommen, der kunne være tilstede samtidig, let tabe sig.

Jeg antager, at vi hos denne Patient have en constitutionel Syphilis, der er Grunden til Svulsten af mamma og Ulcerationerne; rigtignok angribes denne Glandel meget sjeldent, men det kan dog iagttages, og man vilde vel kunne betragte det som et Analogon til den syphilitiske Sarcocele hos Mandfolk. — Affectionen i Knæet vilde jeg ligeledes tilskrive denne Aarsag, saavel som de saakaldte „Kopper". Naturligviis kunde hun have havt variolæ, men Pletterne paa Legemet kunde ikke stamme derfra, og det vilde efter min Mening være rimeligere at forklare det saaledes, at hun havde liidt af pustuløse Syphilider, hvilke undertiden kunne have nogen Liighed med variolæ-Pustler.

I Begyndelsen behandlede jeg Ulcerationerne paa mamma localt, deels med forskjellige Salver, deels med Cauterisationer; Affectionen i Knæet behandledes ligeledes i de første Dage som en almindelig arthroitis, men derpaa lod jeg Patienten faae Jodkalium, og nu tabte alle Tilfældene sig lidt efter lidt. De see, m. H., at Ulcerationerne paa mamma ere saagodtsom cicatriserede, Svulsten af Glandlen er betydelig formindsket, maculæ rundt om-

kring paa Legemet ere afblegede og vanskelige at opdage, endelig er Sygdommen i Knæet i den Grad bedret, at hun gaaer uden Smerter og at der kun er den omtalte ringe Infiltration ved periostium tilbage. Denne Virkning af Joden taler jo stærkt for vor Diagnose, idet alle de sygelige Tilfælde samtidig have tabt sig, og navnlig er det klart, at det ikke kan have været nogen cancrøs Lidelse i mamma, thi den vilde ikke kunne resolveres ved en Jodcuur.

Jeg har dernæst en temmelig betydelig Operation at udføre; hvori den kommer til at bestaae, veed jeg rigtignok endnu ikke med Bestemthed, men jeg antager at det vil blive en partiel eller maaskee en total Exstirpation af scapula. Patienten, en Mand her fra Byen paa omtrent 50 Aar, er kommet herind for at opereres; han veed, at den Sygdom, han lider af, meget snart vil føre til Døden, hvis man overlader den til sig selv, og da han forlanger, at en Operation skal forsøges, selv om denne medfører Fare for Livet, saa kan man vel heller ikke nægte ham det. Det er ikke blot Fjernelsen af den store Svulst, han har, men især Stedet, hvor den sidder, som medfører Fare, idet man kan vente sig betydelige Hæmorrhagier, Hæmorrhagier, der endog af Syme omtales som noget „fearful“, forfærdeligt, i de Tilfælde, hvor han har udført lignende Operationer; desuden er Patienten endeel svag og medtaget af sin Affection.

Det er en meget stor, malign Svulst, som nu har varet i omtrent 8 Aar; den er begyndt som en lille Knude i høire regio infraspinata, men er efterhaanden voxet saaledes, at den for Øieblikket er saa stor som et Barnehoved

og har strakt sig først over hele regio scapularis, dernæst om i høire axilla og tilsidst for paa Brystet; den hænger ikke blot fast til scapula, men gaaer maaskee endog dybere, og det kunde da være, at man ikke engang kunde exstirpere den fuldstændig. Huden er temmelig frit forskydelig, men saa kommer man lige ind paa Svulsten, der paa de forskjellige Steder har forskjellig Consistens; i fossa infraspinata er den blød, elastisk, og her baade føles og høres en svag Pulsation, i Axillen er den derimod noget haardere. Den er sandsynligviis meget vasculær, hvad man kan formode af den Susen, som af og til høres, men den er dog ikke noget Aneurisma. Jeg har derimod troet at kunne diagnosticere den som et Osteosarcom.

Lad os nu overveie, hvilke Vanskeligheder der kunne indtræde ved Exstirpationen; thi naar man har gjort sig dem ret klare i Forveien, saa tabe de derved endeel af deres Betydning. For det Første maa man gjøre Hudsnittene saa store, at man kan komme til at blotte hele Svulsten og endog gjøre dens Rande tilgjængelige, saaat man kan omgaae dem med Fingren; dernæst vil jeg undersøge, om den skulde adhærere til costæ eller om disse maaskee endog ere angrebne af Degenerationen, hvorved Prognosen naturligviis vil forværres endnu mere. Fossa infraspinata maa vistnok under alle Omstændigheder borttages, maaskee bliver det endogsaa nødvendigt at fjerne det Meste af scapula, og da vil man faae betydelige Blødninger, især fra a. subscapularis; jeg har derfor tænkt at ville lade a. subclavia comprimere under Operationen, for at Patienten ikke skal miste altfor meget Blod.

I fossa supraclavicularis findes en enkelt svullen Glandel, men da jeg antager, at den ogsaa er degenereret, vil jeg med det Samme fjerne den.

Jeg vil altsaa begynde med en Incision langs hele spina scapulæ, derpaa gjør jeg fra Midten af denne et andet Snit, som først gaaer nedad, saa svinger om i Axillen og endelig fortsættes fortil indtil den forreste Grændse af Svulsten. Musklernes Tilhæftning til scapula løsnes, navnlig gjælder det om cucullaris, latissimus og deltoidens. Hele fossa infraspinata maa borttages; jeg vil undersøge, hvorvidt spina og fossa supraspinata ere angrebne, og derefter bestemme om de ogsaa skulle excideres. I en Monographi af Syme om Excision af scapula beskriver han, hvorledes han borttog hele Benet ved at exarticulere det i cavitas glenoidea, og det var ved dette Punct af Operationen, at a. subscapularis frembragte den forfærdelige Hæmorrhagi; jeg har tænkt her at lade, om muligt, collum scapulæ saavelsom acromion og proc. corocoidens blive siddende, men, som sagt, det vil først vise sig under selve Exstirpationen, hvormeget man skal borttage af Beendelene.

De saae nu, m. H., at jeg udførte Operationen aldeles som jeg havde beskrevet Dem den; efter at have gjort de udvendige Incisioner udskrællede jeg den forreste Deel af Svulsten, som ikke var synderlig fasthængende til Underlaget, derefter fjernede jeg hele Massen tilligemd fossa infraspinata ved at overklippe Benet med en stærk Beensax; Cellevævet imellem scapula og m. subscapularis var ikke afficeret, saaat Svulsten var let at udtage. Det viste sig

da, at endeel af fossa supraspinata saaavelsom spina var angrebet og jeg var derfor ifærd med at ville fjerne dem, men nu standsede pludselig Respirationen og Pulsen blev næsten ufølelig, saaat jeg i nogen Tid maatte foretage Oplivningsforsøg, inden jeg atter torde begynde paa Operationen. Da Functionerne endelig vare komne i Orden paany, oversaugede jeg acromion saavelsom collum scapulæ, saaat de syge Beendele kunde udtages.

De saae ogsaa, at Hæmorrhagien langtfra var saa betydelig, som jeg havde troet at den maatte blive; naturligviis var der mange Arterier at underbinde, men de blødte dog ikke i den Grad, at der kunde være Tale om livsfarligt Blodtab. Endelig efterat Blødningen heelt var standset, forenedes Saaret med Staaltraadssuturer, saaledes at der dog holdtes 2 Steder aabne, hvor jeg indbragte Drainrør.

Operationen er rigtignok nu tilendebragt, forholdsviis endog uden stor Vanskelighed, men Prognosen er jo destoværre i sig selv meget slet, og jeg tvivler høilig paa, at Patienten vil overstaae et saa betydeligt Indgreb.

Efterat jeg dernæst har anlagt den sædvanlige antiseptiske Forbinding, vil jeg benytte Resten af Timen til at tale til Dem om Saar i Almindelighed og deres Behandling. Rigtignok see De mig bestandig anvende Antiseptik her paa Afdelingen, og Mange af dem ere vel ogsaa godt bekjendte med denne Gjenstand, saavel theoretisk som practisk, men da den dog for Øieblikket spiller den allervigtigste Rolle i chirurgiske Sygdomme, troer jeg, at det ikke vil være til Skade for Dem, at jeg paany kommer ind paa dette Thema.

Antiseptiken maa især betragtes under to forskjellige Forhold, navnlig eftersom den skal bruges ved friske Saar eller ved Suppurationer; det er kun det første Punct, jeg idag vil beskjæftige mig med, nemlig de friske Saar og navnlig Operationssaar.

Det er en bekjendt Sag, at en stor Deel af Dødsfaldene her i Hospitalet indtræffer efter Operationer, men undertiden hænge de saaledes sammen, at Døden indtræder paa Grund af Operationen; ved andre Leiligheder kan man sige, at Døden indtræder uagtet Operationen. Naar saaledes Patienter døe efter en Herniotomi, en Tracheotomi eller efter Exstirpationen af store cancrøse Svulster (som hos vor Patient her), da er det oftere Sygdommen, der dræber, end Operationen. Denne kan være lykkedes qua Operation, men den formaaer ikke at helbrede Sygdommen, som i sig selv er dødelig; vi have søgt at skaffe Patienten en mulig Chance til at komme sig, men desuagtet fortsætter Sygdommen sin ødelæggende Indvirkning paa Organismen og denne bukker under.

For Øieblikket er det imidlertid ikke dem, vi ville tale om; vi ville tale om de Tilfælde, hvor det er Operationen, som fremkalder livsfarlige Complicationer. Aarsagerne til at Operationer ere dødelige, det er ikke Tetanus, Hæmorrhagier, nosocomial Gangræn o. s. v., hvilke kun indtræffe i ganske enkelte Tilfælde; nei de kunne henføres til Infectionssygdommen, som er udgaaet fra Saaret og som angriber Organismen saaledes, at den ikke kan bestaae. Hvordan man skal forklare Ætiologien til disse Tilfælde, er man endnu ikke enig om, og der er med Hensyn hertil

i Tidens Løb opstillet forskjellige Hypotheser. Men lad os hellere holde os til, hvad der er sikkrere.

For det Første opstaae saadanne Tilfælde næsten aldrig, undtagen man har en Suppuration. Undertiden vise de sig acut med indvendige Pusansamlinger, som constateres efter Døden, undertiden temmelig langsomt uden saadanne. Man har baade en Typus for den acute, purulente og den langsomme putride Infection. Store, dybe Saar og navnlig de, som angribe Beensystemet, ere især forbundne med dødelige Tilfælde; de ere meget hyppigere i Hospitalspraxis end i privat, og især fremkomme de, hvor Pusset er ildelugtende. Altsaa selve Suppurationens Characteer har stor Betydning. Endvidere hvor der ligge mange Patienter sammen, der opstaaer en Diathese til putride Tilfælde. Man har almindeligt tilskrevet det et vist Miasma uden dog nærmere at kjende det, og hvorledes det gaaer til strides der om endnu. Putrescentsen, de tynde, raadne, ildelugtende Fluida hænge sammen med disse Tilfælde. Endelig kommer det, som sagt, for en stor Deel an paa, om Beensystemet er angrebet.

Subcutane Saar medføre saagodtsom aldrig Infection, og enhver subcutan Operation er næsten uden al Fare for Patienten. Om et Saar er bedækket med Hud eller ikke har altsaa Meget at sige; dette indsaae allerede Hunter, naar han taler om vulnera obtecta og non obtecta. Alt Subcutant og Tenotomi stiller sig altsaa langt bedre end aabne Saar.

En anden Kjendsgjerning er den, at Saarflader, som ei gaae i Dybden, næsten aldrig medføre nogen Fare, f. Ex. ulcera cruris, selv om de indtage en Qvadratfod; paa

samme Maade en Forbrænding, der indtager f. Ex. hele Foden, naar den blot er overfladisk og granulerende. Naar vi holde os til disse Facta faae vi en Slags Theori for Behandlingen.

Man gaaer i sine Betragtninger om vulnera i Almindelighed ud fra Operationssaar; men hvad man i gamle Dage kaldte et Amputationssaar, det seer ikke saaledes ud nu; man kjendte nemlig ikke Amputation i sunde Dele, da man ikke kjendte Hæmostasen, og det ikke engang, da Ambrosius Paræus (1559) havde paany opdaget og indført den allerede af Celsus og Galen kjendte Ligatur; ja det varede fra den Tid af næsten 200 Aar inden Ligaturen blev almindelig anvendt. I lang Tid brugte man, for ikke at faae Blødning, Escarotica, man amputerede med store, glødende Knive og applicerede en heel Deel Cauterier eller Styptica paa Saarfladen; man havde aldrig nogen frisk Saarflade efter en Amputation, Patienterne fik heller ikke Stumper, som De kunde gaae paa, paa Grund af at Hudlapperne manglede. Først for ca. 150 Aar siden slog man ind paa den nu fulgte Vei og amputerede i levende Dele uden Cauterisation. Man standsede Blødningen ved Ligaturer af Silke eller Hamp. Efterat Escarotica vare afskaffede, brugte man til Behandling af Saarfladen de saakaldte digestive Saarbalsamer, der indeholdt Harpix, Olie og Lign.; det blev lagt over hele Saaret, og man søgte at nærme Randene noget til hinanden ved Heftplasterstrimler; derefter lagde man en Kage af Charpi (plumasseau), dernæst Lærredsstykker og yderst et Malteserkors. For et Par Decennier siden dukkede Hunters Theori op igjen, idet Jules Guérin i Paris begyndte med at ville lukke Saaret til saa

hermetisk som mulig, saaat det kunde forholde sig som et subcutant Saar; deraf udledes ogsaa de følgende Behandlingsmaader. Det gjaldt nu om at forene Randene godt, og denne Idee fremkaldte egentlig Suturerne (omend disse i sjeldnere Tilfælde anvendtes i Middelalderen). Dog varede det ikke længe inden man saae, hvor ødelæggende denne Methode var; de friske Amputationsflader vilde ikke læge, men fremkaldte Infection; man havde, som Franskmændene udtrykte sig, lukket Ulven inde i Faarefolden, man havde holdt Pusset tilbage inde i Huulheden. For at skaffe dette Afløb, indlagde man Longuetter eller Drainrør, men det var dog ikke tilstrækkeligt; saa sprøitede man Huulheden ud eller lagde Delen i et Vandbad, hvorved Pusset kunde sive ud i Vandet, og der viser sig ved denne sidste Fremgangsmaade i Virkeligheden sjeldnere Infectionstilfælde, men Fladerne suppurere dog i længere Tid, Helingen trækker i Langdrag, og Methoden kan kun anvendes paa visse Dele, især Extremiteterne.

Man gik da over til en anden Methode; man saae jo, at store granulerende Saar ikke vare forbundne med Fare, derfor søgte man at substituere en saadan Flade for Amputationsfladen, men inden den bliver granulerende gaaer der en 8—10 Dage, og i denne Tid have vi altsaa den farlige Periode for Infection og Absorption; desuden ere Beenflader ikke granulerende efter 8—10 Dage; der hengaaer endog ofte mange Uger, inden dette skeer. Den granulerende Flade søgte man at frembringe ved Cauterisation, f. Ex. med en Opløsning af Chlorzink, der let trænger ind i alle Fordybninger; man faaer herved en caustisk Mem-

bran, der løsner sig, og efter ca. 14 Dages Forløb er Fladen granulerende. Denne Methode er indført især i England (af Morgan) og brugt endeel i Frankrig (to Provindslæger, Girouard og Bonnet have især Fortjenester af den). Men man opgiver jo herved en hurtig Forening af Saaret, og Beenfladerne ere overordentlig langsomme til at granulere.

Saa er der da den Methode, at man slet ikke skal lægge nogen Forbinding paa, men lade Vædskerne have frit Afløb; denne er indført for endeel Aar siden af Skotlænderen Simpson. Forbindingen, sagde han, „er skadelig, thi den holder Vædskerne tilbage i Saaret". Adskillige af hans Tilfælde saae jeg, og de forløb ogsaa virkelig godt, men hans Erfaring stammede fra civil Praxis, hvorved man jo undgaaer den Infection, som kommer fra Hospitalsluften. Ved denne Behandling lagde man Mærke til, idet Secretet jo tørrede ind, at Saar hele godt, hermetisk tildækkede, under en Skorpe. Lader man da Saaret urørt indtil Skorpen falder af, saa er det ofte cicatriseret. Dette er optaget i den nyere Tid af endeel Chirurger.

Af andre Maader have vi Occlusions-Behandlingen og den antiseptiske Methode. Da man er overbeviist om, at Luften har en betydelig Indflydelse paa at fremkalde disse Tilfælde, gjælder det altsaa om at holde den skadelige Luft ude fra Saaret; dertil har man benyttet sig af Occlusionsmethoden, hvorved man lægger et stort Lag Vat omkring den opererede Deel, thi dette Stof har en stor Evne til at absorbere de smaa Partikler i Luften og lader kun den rene Luft gaae igjennem (jvnf. de physicalske Forsøg

med Støvet i Solstraaler). I Frankrig og især i Paris er denne Methode næsten eneraadende og har ogsaa givet gode Resultater. Men man kan ikke være sikker paa, at der ikke allerede i Forveien findes Tilbøielighed til Putrescens i Saaret, begrundet f. Ex. paa underbundne vasa, gangrænerende Dele, Støvpartikler fra Athmosphæren o. lign.; isaafald bliver Resultatet tidt uheldigt. — Endelig har man den antiseptiske Methode, som gaaer ud fra, at det er Gjæring af de animalske, henfaldende Stoffer og deres Absorption, som fremkalder Infectionen. Hvad det er, der fremkalder denne Gjæring, veed man ikke, men vistnok opstaae Tilfældene fra et Stof, som kommer ind i Saaret og bevirker Suppuration, maaskee det er Smaadele fra ildelugtende Suppurationer; ialtfald opstaaer Putrescensen navnlig paa Hospitaler; man anvender da herimod antiseptiske Midler, der standse eller hindre Gjæringen i sin Udvikling. Af saadanne Midler har man mange, de ere ofte de samme som man bruger for at bevare Levnetsmidler mod Forraadnelse. Saadanne ere f. Ex. Carbolsyre og andre Tjæremidler, Glycerin, Alcohol, Terpenthin, Benzoe etc. Man har benyttet de fleste af dem i Chirurgien; her paa Hospitalet har jeg eengang anvendt Alcohol, og paa et Lazareth, jeg havde her i Byen i Krigens Tid, benyttede jeg Glycerin. Tinct. jodii og Chlorjern have ogsaa været brugte. Carbolsyre anvendes især i den senere Tid blandet med eet eller andet Stof. Det er Lemaire i Frankrig og senere Lister, som i de sidste 10 Aar har bragt den i almindelig Anvendelse, blandet med Olie eller Vand. Olie kan optage omtrent lige Dele af Syren og holder godt paa

den; Vand derimod kan kun optage $^1/_{20}$ og slipper den overordentlig hurtig; Vandet i og for sig fremmer Forraadnelsen. I Begyndelsen blandede man Carbololien med Kridt og frembragte deraf en Pasta, men den var vanskelig at haandtere. Saa dannede man Plaster af Carbolsyre og Harpix og strøg det paa Lærred, hvormed man omviklede Delen, men det er nu afskaffet. Tilsidst kom Gazen, hvori der var indpresset en Blanding af Carbolsyre, Parafin og Harpix.

Desuden har man i den nyere Tid anbefalet Borsyren, som bruges i visse Lande til at bevare Kjød. Man benytter den i Chirurgien, deels opløst i Vand, deels som Salve, deels som Borcharpi. I Vand er den dog kun lidet opløselig (ca. $^1/_{25}$), men den har den Fordeel fremfor Carbolsyren, at den ikke er flygtig; naar man vil tilberede Borcharpi gjøres det paa den Maade, at man hælder kogende Vand paa Syren, dypper almindeligt engelsk Charpi deri og derpaa hænger man det op at tørre; naar da Vandet er fordampet, finder man Charpiet heelt besaaet og gjennemtrængt af smaa, glindsende, bløde Puncter, som ere den udskilte Borsyre. For at danne Borsalve, blandes $^1/_6$—$^1/_{10}$ af Syren med een eller anden Salve. — Alle disse Præparater benyttes af og til af Lister, men dog egentligt kun ved overfladiske Saar, og de ere vist langtfra saa gode desinficerende eller antiseptiske Midler som Carbolsyren.

Hvad Salicylsyren angaaer, som efter nogle Chirurgers Mening skulde foretrækkes for de to ovennævnte Syrer, da kan jeg ikke udtale nogen Dom om dens Værd, da jeg

ikke har fundet mig foranlediget til at forsøge den til Forbinding af Saar; derimod bruger jeg den, efter Listers Raad, undertiden ved de Excoriationer, som man af og til seer opstaae som Følge af en langvarig Anvendelse af Carbolsyren.

Som almindeligt Forbindelsesmiddel vil jeg altsaa anbefale Dem fortrinsviis Carbolgazen.

16.

Suppurationes thoracis.

Mine Herrer!

Vi have faaet en Patient herind, som giver mig Anledning til idag at tale om de forskjellige Slags Suppurationer, der kunne findes paa Brystet; De ville næppe træffe dette Spørgsmaal behandlet fra en mere almindelig Side i nogen af Deres Haandbøger, og da vi af og til have havt Exempler paa forskjelligartede Abscesser her, vil jeg ved at sammenstille dem, eller idetmindste ved at gjenkalde Patienterne i Deres Erindring, give Dem en Fremstilling af Suppurationernes Forhold paa denne Deel af Legemet. Duplay i Paris har netop fornylig leveret et særdeles godt Bidrag til disse Affectioners Ætiologi, hvilket jeg vil kunne benytte.

Det er en Kone, 40 Aar gammel, som for en Maaned siden indlagdes paa den medicinske Afdeling, hvor hun ifølge Journalen skal være blevet behandlet for en Bronchitis; medens hun laae der, fik hun en Hævelse ved venstre Side af sternum; den blev puncteret og udtømte en ringe Mængde Pus. Saaret helede vel til, men Ansamlingen reproducerede sig, og da hun tillige fik stærkere Smerter paa Stedet blev hun overflyttet til os; nu har hun

sikkert en Absces igjen, og vi skulle derfor drøfte Spørgsmaalet om saadanne Abscessers Oprindelse.

De af mine Tilhørere, der høre til Hospitalets Volonteurer, ville ialtfald nok erindre nogle af de Patienter med Abscesser i denne Region, som jeg har viist dem Tid efter anden paa mine Forelæsninger. Ville vi classificere dem, da have vi først de acute Suppurationer, der optræde her ligesaavel som paa ethvert andet Sted af Legemet, enten spontant og primært, eller secundært, f. Ex. af pyhæmisk Oprindelse. Af de idiopathiske, phlegmonøse Abscesser have vi havt en Mængde; der gaaer næppe noget Semester uden at jeg viser Dem flere Tilfælde af acute, primære Abscesser under pectoralis major, men ogsaa af pyhæmiske have vi iagttaget enkelte, saaledes hos en Arbeidsmand*), der samtidig fik en stor Absces paa Brystet og under glutæus maximus.

Det er dog ikke disse simplere Abscesser, der opstaae i Cellevævet imellem (eller under) Musklerne, at jeg idag vilde opholde mig ved, men jeg vil tale til Dem om nogle mere complicerede Former og navnlig om saadanne, som have et mere chronisk Forløb. Dertil vil jeg regne deels de egentlige absc. frigidi, deels dem, der have deres Udspring fra en dybere Lidelse — udenfor eller indenfor thorax.

Vi kunne altsaa have absc. frigidi her, ligesom i enhver anden Region; det er en Samling af Pus, meer eller mindre langsomt opstaaet, uden Feber, Rødme eller Hede og med et temmelig indolent Forløb. Hyppigst findes de i Nærheden af Glandelpaquetter, saaledes i Axillen, men

---

*) Forelæsning 12te Novbr. 1875.

de træffes overalt paa Brystet og ere især undersøgte og beskrevne af Militærlæger, da den militære Stand skal være særlig disponeret dertil, idet det stadige Tryk af Bandolerer og af Geværkolben skulde virke som ætiologisk Moment, idetmindste ved visse Vaabenarter. Der er vel heller Intet til Hinder for at antage, at fortsatte Irritationer og Contusioner paa et enkelt Sted kunne virke skadeligt i denne Henseende, men da man ogsaa har seet dem opstaae hos Andre end Soldater, kan det ialtfald ikke være den eneste Aarsag. Jeg viste Dem ifjor (7de Marts 1876) en ung Mand fra Landet, 26 Aar gammel, med en Absces paa den øverste Deel af høire Forflade af Brystet. Hos ham havde vi maaskee et Exempel paa denne Slags kolde Suppurationer; han angav, at Sygdommen var begyndt imens han var Soldat.

Vi komme dernæst til den Art af Pussamlinger, som vi kjende under Benævnelsen „ossifluants", der udgaae fra et sygt ossøst Parti, altsaa en ostitis med Congestionsabsces; disse kunne komme fra vertebræ, fra costæ eller fra sternum, og af de to sidste har jeg viist Dem adskillige Tilfælde, f. Ex. en norsk Matros*) med en ostitis costæ, og i samme Aar en ung Pige**), paa hvem jeg foretog en Resection af 3die costa, ligeledes en Patient***) fra Jylland med en caries sterni, som døde paa Grund af en udbredt Suppuration, deels udad under Huden, deels i mediastinum anticum. Men i den nyere Tid har man endnu opstillet en særegen Form af chroniske Abscesser, som ligge lige

*) 25de October 1872.
**) 2den April 1872.
***) 15de Februar 1869.

paa sternum eller costæ uden at være udgaaet fra noget af disse, men maaskee secundært kunne angribe dem, saaat man, naar de aabnes tidligt, ikke findes denuderet Been, men senere hen med Sonden kan eftervise et blottet Sted. Disse Abscesser lige paa Skelettet, især udenpaa eller indenfor costæ, har man allerede lagt Mærke til for længere Tid siden, saaledes har Ménière (Arch. génér. de médecine 1829) beskrevet dem som udgaaende fra en Pulmonalaffection. Men i denne Henseende maae vi gjøre en Distinction: Vi kunne vistnok have Empyemer, der — visende sig som chroniske Abscesser omkring costæ — aabne sig udad; de ere endda ikke saa sjeldne, endskjøndt de maaskee vare mindre sjeldnere tidligere, da man ikke puncterede Ansamlinger i pleura; de aabne sig ofte endog temmelig høit oppe paa Brystets Forflade, ved 3die eller 4de costa og udtømme en forbausende Mængde Pus.

Det er dog ikke disse Empyem-Abscesser, jeg tænker paa, men man har paa en anden Maade sat Abscesserne udenpaa thorax i Forbindelse med en Pulmonallidelse, idet man siger, at Irritationen herfra kan forplante sig ud til Cellevævet udenpaa pleura, i Analogi med de periurethrale Abscesser ved en Gonorrhoe. Maaskee de ogsaa kunde have en glandulær Oprindelse, hvad man idetmindste i enkelte Tilfælde har paaviist; vi have jo baade Bronchialglandler og Glandler langs vasa i mediastinum anticum, og navnlig har man sagt, at de, der følge langs a. mammaria interna, kunde være Sæde for Adenophlegmoner. Saadanne Suppurationer kunde altsaa først være indvendige og senere trænge igjennem Intercostalrummene, saaat de bleve udvendige — abscés en bissac; eftersom de fand-

tes paa det ene eller det andet Sted har man givet dem Benævnelserne sub-costales og supra-costales.

Altsaa kunde Abscesserne udgaae fra Glandler, fra pleura, fra pulmones, men endnu er der een Forklaring og det er just den, som Duplay holder sig til, nemlig at det er en egen Art af periostitis costæ, der ikke har løsnet periostium, saaledes som det ellers pleier at skee, men Suppurationen har dannet sig paa dens udvendige Flade. Dette forekom Verneuil at være lidet sandsynligt, idet man jo paa alle andre Been finder Pusset imellem periostium og Benet, og han har derfor søgt en Løsning af Spørgsmaalet igjennem Anatomien. Da han nemlig i kort Tid havde observeret adskillige Tilfælde af begrændsede Suppurationer udenpaa costæ, og de alle lignede hinanden meget, sluttede han deraf, at de anatomiske Forhold kunde virke disponerede; han gav sig derfor til at dissekere denne Region gjentagne Gange og fandt da meget hyppigt imellem de bløde Dele og costæ — især langs curvatura costarum, hvor netop Abscesserne havde havt deres Sæde hos de Fleste af hans Patienter — smaa bursæ serosæ. De erindre vistnok, m. H., at Nélaton allerede for lang Tid siden har angivet en bursa serosa under mamma, som kan være Udgangspunctet for de submammære Abscesser; det Samme vil da kunne skee med de af Verneuil angivne bursæ, og han mener derfor, at de Abscesser, hvilke baade han selv og Duplay have fundet liggende udenpaa periostium af costæ, snarere ere at betragte som en myxitis end som en periostitis.

Forresten maa jeg dog antage de ossifluente Abscesser for de hyppigste af de chroniske Pussamlinger, som man

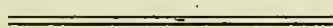
finder paa Brystet, og hos vor Patient troer jeg temmelig sikkert, at Sygdommen har den Oprindelse; vi ville ialtfald nu undersøge hende lidt nærmere.

De see, at her er en Hævelse paa sternum, begyndende lige nedenfor manubrium og strækkende sig mod Venstre et Par Tommer udenfor Randen; den er ubetydelig øm, lidt rødlig, giver en dyb Fluctuation, saaat det ialtfald ikke kan være nogen subcutan Ansamling, men hvorfra er den udgaaet? Skulde det være en Absces, der var kommet indenfra og nu søgte at trænge sig frem imod Integumenterne, — eller en periostal (Duplay) Absces, begyndt udenpaa costæ? Efter min Mening er det ingen af Delene; jeg troer at vi have en ostitis sterni (— maaskee cariøs —), der har medført først en subperiostal Suppuration, denne er senere brudt igjennem periostium og har derefter udbredt sig til Siden, udover det nærmeste spatium intercostale og udenpaa costæ, men under m. pectoralis major. Jeg føler nemlig paa sternum, lige paa Grændsen af det fluctuerende Parti, en tilsyneladende ophøiet Rand, som enten er en Fortykkelse af periostium henimod det Sted, hvor denne er løsnet af Pusset, — eller angiver, at her er der en Beenkant, som staaer relativt frem, i Forhold til en cariøs Fordybning paa en anden Deel af Benet.

Under alle Omstændigheder have vi utvivlsomt en Absces og denne skal nu incideres, baade for at udtømme Pusset og for at kunne komme til en nøiagtigere Diagnose, idet jeg formoder, at Suppurationen, hvis Centrum findes lige ved den venstre Rand af sternum, ogsaa strækker sig omkring denne til den bageste Flade af Benet.

De saae, at der kom endeel mørkt, blodigt Pus af Incisionen; jeg indfører nu en Sonde, og med den føler jeg tydeligt en Denudation af sternum, saavel paa Forfladen som omkring dens Siderand; derimod er Vævet ikke cariøst. Sonden trænger desuden ca. 2 Tommer udad, under pectoralis men udenpaa costæ, hvis periostium intetsteds synes angrebet. Dette taler altsaa for, at sternum er Udgangspunctet, thi dette Been vilde næppe være blevet secundært angrebet i den Udstrækning, hvis Suppurationen var begyndt fra et andet Sted. At Sygdommens Aarsag skulde være en Pulmonallidelse, maa vistnok betvivles, endskjøndt jeg selvfølgelig først kom til at tænke paa en saadan, da Patienten blev overflyttet til os fra den medicinske Afdeling, hvor hun havde havt Hoste, Dyspnøe og Feber, men Journalen angiver, som sagt, at der ved Stethoscopien kun fandtes lette bronchitiske Tegn.

Nu indbringer jeg et Drainrør og anlægger en antiseptisk Forbinding.



17.

Malum Potti. — Abscessus lumbalis.

Mine Herrer!

Jeg skal idag vise Dem nogle Patienter, der endskjøndt det seer ud som om deres Affectioner ere meget forskjellige, dog lide af den samme Sygdom, en Sygdom, som destoværre ikke er sjelden og som jevnligt medfører Døden, nemlig malum Potti.

Her er saaledes en ung Mand, som fornylig kom ind paa Afdelingen med et ulcus fistulosum bag høire sternocleidomastoideus; det viser sig som en lille deprimeret Aabning, i hvilken en granulerende Prominens stikker frem; den leverer noget Pus, som kommer fra en Cavitet, hvortil Gangen fører ind, og ved Tryk udflyder der endeel mere. De ville ogsaa see, naar jeg nu prøver paa at indføre en Sonde, at denne trænger temmelig langt ind, næsten $1^1/_2$ Tomme.

Hans Sygehistorie begynder for et Par Aar siden — i America — da han ved at løfte en tung Jernbjælke følte et Knæk og en Smerte i Nakken; Smerten tabte sig vel, da han havde holdt sig nogen Tid i Ro, men kom igjen paa samme Sted ved en ny Anstrængelse. Efter en tredie

forceret Bevægelse dannede der sig en Absces, hvorfor han blev behandlet i et Hospital i Chicago i over et Fjerdingaar; her gjordes Incisioner paa 2 Steder, hvoraf den ene har efterladt den nuværende Fistel, der siden den Gang har vedblevet at udgyde Pus.

Han har nu tillige Vanskelighed ved at bestille Noget og klager over jagende Smerter i høire Skulder og Overextremitet; hans Holdnning er noget aparte, især naar man betragter ham bagfra, idet han da seer „forkrøben“ ud og skyder Hovedet fortil. Ved at føle efter i Nakken mærker man, at de øverste vertebræ dorsi ere applanerede og møde de nederste v. colli i en Vinkel, hvis meest prominerende Punct er 1. vert. dorsi. Denne Deformitet, siger han, skriver sig fra samme Aarsag og fra samme Tid som de andre Tilfælde, og naar man seer en saadan Gibbositet ligger det jo nær at antage, at Fistlen er en Følge af en Congestionsabsces fra de syge vertebræ, og at Patienten altsaa lider af malum Potti.

Man har opstillet 2 Former af denne Sygdom, den ossøse og den articulære, og derefter benævnet den snart ostitis (caries) vertebralis, snart arthroitis vertebralis; men da det i practisk og clinisk Henseende ikke er let at skjelne imellem disse to forskjellige Udgangspuncter, kan man maaskee bedst bruge Navnet malum Potti, hvorved vi tillige angive, at det var Percival Pott i England, som i forrige Aarhundrede gav os den classiske Beskrivelse af den. Jeg skal siden komme tilbage til de forskjellige Former, hvorunder Deformiteten kan vise sig; foreløbig skulle vi blot søge at klare os Forholdet imellem Fistlen og den oprindelige Lidelse ved Grændsen imellem vertebræ colli & dorsi.

Her har der dannet sig en Suppuration fra columna, som er kommet frem paa Forfladen af corpora vert., men disse ere paa dette Sted bedækkede af Muskler (longus colli etc.), hvilke løftes iveiret og skydes fortil tilligemed pharynx og larynx. Pusset skal nu, efterhaanden som det tiltager i Mængde, skaffe sig mere Plads og det trænger tilsidst frem ved høire eller venstre Side af Prævertebral-Musklerne (her paa høire) og møder da Udspringet af scaleni. Paa Forfladen af disse gaaer det ned med plexus cervicalis og kommer tilsidst tilsyne i regio supraclavicularis imellem clavicula, m. sternocleido., omohyoideus og cucullaris. Her er Abscessen netop blevet aabnet og har senere holdt sig som en Fistel. — Førend Abscessen kom frem havde Patienten Vanskelighed ved Respirationen og Deglutitionen; det var fordi Pusset trykkede paa trachea og pharynx eller oesophagus, men Tilfældene toge af, saasnart Abscessen blev aabnet.

Han lider, som jeg sagde Dem, samtidig af endeel nervøse Tilfælde; han kan ikke taale at arbeide, fordi han derved faaer jagende Smerter ind i høire Overextremitet; naar han ligger ned, har han det derimod godt.

Det ligger vistnok nær at tænke sig, at de mange nervøse Forstyrrelser, som ledsage malum Potti, kunde hidrøre fra Læsioner, som havde deres Sæde i selve medulla; og det kan deels komme af, at denne har faaet et „Knæk" ved Gibbositeten, deels af at den comprimeres ved Pus eller et devieret Parti af et vertebra, endelig kunne vi finde vitale Forandringer i medulla, Emollition, o. s. v. Den Maade, hvorpaa de nervøse Tilfælde vise sig ved Læsioner af medulla, er noget forskjellig, hyppigst fremtræde

de som neuralgiske eller paralytiske Affectioner (douleurs en ceinture — Paraplegier), men her have vi hverken det Ene eller det Andet, endskjøndt medulla sikkert nok har faaet et Knæk paa det Sted, der svarer til Vinklen af columna vert. Han kan nemlig bevæge høire Arm frit og med fuldstændig Kraft, saa længe han ligger ned; desuden har han aldrig mærket Noget i venstre Overextremitet.

Det kunde da tænkes at det var Nerverne, der gaae ud igjennem for. intervertebralia, som havde faaet en Læsion, og det er ganske almindeligt at de lide ved Tryk, men den Forklaring passer heller ikke her. Vi maae snarest søge Aarsagen udenfor vertebræ, og Abscessen har utvivlsomt strakt sig langs med plexus cervicalis og brachialis; jeg antager da, at nogle af Nerverne, der udgaae fra disse plexus, lide, men det er kun, naar han staaer op og naar han skal sætte Musklerne her i Bevægelse, at der udøves et Tryk eller en Stramning, deels paa nn. supra claviculares, deels paa Grene fra plexus brachialis ned til Overextremiteten.

Hvad kunne vi nu gjøre for ham? Det Eneste er vist at palliere de værste Tilfælde og saa overlade Sygdommens Helbredelse til Tiden; en Spondylarthrocace kan helbredes, derom tvivler man ikke mere. Er det hos Børn, da er den hygieiniske Behandling især af den største Vigtighed. Hos Voxne, naar der ikke er constitutionelle Lidelser, f. Ex. tuberculøse, anvender man i de tidligere Stadier local Behandling bestaaende i, at man søger at bringe Delene i fuldstændig Ro, enten ved Leiet alene eller tillige ved Apparater, Bandager o. s. v., thi derved fremmes en Ankylose, som er det man tilsigter ved Behandlingen. Abscessen

og Fistlen kunne da ogsaa skrumpe ind. Vi kunne her maaskee anvende Jodinjectioner og tillige paa een eller anden Maade fixere Hovedet, men man maa ikke love ham Meget, hverken med Hensyn til Tiden eller Udfaldet.

Lad os nu betragte den anden Patient og see, hvorvidt hans Sygdom kunde frembyde nogen Analogi med den foregaaende. Det er en ung Mand paa 22 Aar, som for faa Dage siden kom ind paa Afdelingen med en Svulst i høire regio lumbalis. Han fortæller, at han altid havde været fuldstændig rask, indtil han for nogle Aar siden mærkede den omtalte Svulst; den generede ham imidlertid ikke synderlig, og det er først i den allersidste Tid at han har havt lidt Besvær af den ved sit Arbeide. Men han er dog gaaet oppe indtil nu og har heller ikke havt anden Functionsforstyrrelse.

Nu findes der altsaa en flad-convex Svulst, dækket af naturlig Hud; den giver en blød, fluctuerende Fornemmelse, saaat man følgelig vilde diagnosticere en Vædske-Ansamling. Den begynder et Par Tommer tilhøire for columna, opad dækker den sidste costa, hvis Spids den naaer fortil, og nedad strækker den sig til crista ilei; den indtager altsaa høire regio lumbalis. Hævelsen er aldeles indolent, der er ingen tydelig Expansion ved Hoste og den forandrer sig heller ikke kjendeligt ved Tryk; den har Characteer af en Svulst, der holder sig paa dette Sted. Da den er opstaaet lidt efter lidt uden phlegmonøse Tilfælde, kan det ikke være en almindelig Absces; men maaskee kunde det da være en chronisk Ansamling af Pus, en abscessus frigidus.

Ved Diagnosen kommer det meget an paa, om Fluctuationen er sand eller falsk; det der gjør, at vi her ikke saa sikkert kunne føle Fluctuation, er at vi mangle et fast Underlag, men jeg antager dog Svulsten for at være virkelig fluctuerende. Det næste Spørgsmaal bliver da, hvorfra den er opstaaet? har den en primær Oprindelse paa dette Sted, eller er den kommet andetstedsfra? Lad os gjøre os selv Rede for, hvilke Dele der ligge paa dette Sted! Vi have jo under Huden et tykt Lag af Muskler, vi have høire ren og endelig ossøse Dele, hvorfra den kunde være udgaaet. Hvis den skulde være udgaaet fra ren eller Cellevævet udenom denne, vilde vi rimeligviis kunne opdage noget Sygeligt ved Undersøgelse forfra igjennem Abdominalvæggen; de perinephretiske Abscesser ere ogsaa ialmindelighed acute, og vi mangle fremdeles ethvert Tegn paa en Forstyrrelse i Urinorganerne.

Kunde Sygdommen maaskee være udgaaet fra Musklerne? men disse angribes jo sjeldent primært, det skulde da være psoas, men isaafald vilde vi vist have havt en Retraction med Flexion af femur eller Vanskelighed ved Bevægelser; men han er gaaet oppe lige til det Sidste.

Vi komme da til at tænke paa de ossøse Dele, hvilke hyppigst ere Udgangspunctet for de chroniske Abscesser, og vi have i denne Region vertebræ, 12te costa og ossa pelvis, men fra det sidstnævnte Sted komme Abscesserne næppe herop; fra costæ sees Suppurationen snarere at forløbe efter Benets Længdeaxe, og desuden er det saa almindeligt at træffe vertebræ som Udgangspunct for Suppurationen, at vi strax ville formode, at her er en Sygdom i columna, een eller anden Form af spondylarthrocace. Jeg

berørte allerede ved den forrige Patient, at der gives flere Former af denne Sygdom, baade pathologisk-anatomisk og clinisk; hvad det Første angaaer, da lærte Boyer i den første Deel af dette Aarhundrede, at Sygdommen er en caries vertebralis, og at denne kan være enten superficiel eller profund; den superficielle Caries skulde vise sig ved en svag Convexitet af processus spinosi, saaat de dannede en langstrakt Bue; ved den profunde havde Caries destrueret eet eller flere corpora, saaat hele columna sank sammen, og derved kom de tilsvarende pr. spinosi til at staae spidst frem, som en virkelig Vinkel. Man kaldte da denne den „angulære Gibbositet“, hiin kaldte man en „Curvatur“; dernæst bemærkede han, at Curvaturen ialmindelighed var værre i prognostisk Henseende, ledsaget af slemme Congestionsabscesser og for det Meste dødelig, medens den angulære Gibbositet hyppigere endte med relativ Helbredelse eller idetmindste lod Patienterne leve i meget lang Tid. Deraf sluttede han, at en superficiel caries var langt farligere end en profund, hvilket dog a priori maatte synes irrationelt. — For omtrent 40 Aar siden bekjendtgjorde Nélaton sine Undersøgelser om denne Gjenstand og troede at have fundet, at den Pott'ske Sygdom ialmindelighed var en Tuberculose; Boyer's profunde Caries kaldte han den enkysterede Tuberculose, og forstod derved en Afsætning i vertebræ af større osteagtige eller kitagtige Masser, som emollieredes og efterlode Huulheder (Caverner) inde i Beenvævet; naar disse Huulheder nu vare saa store, at der kun fandtes en tynd Beenskal i Omfanget, maatte den tilsidst „knække sammen“ og da opstod der pludseligt en angulær Gibbositet af pr. spinosi. Den superficielle Caries

var derimod (efter Nélaton) en tuberculøs Infiltration, som medførte Necrose af de infiltrerede ossøse Partier og Sequestrene, som ikke kunde udstødes, hindrede Sammensynkningen af columna, der kun kunde antage en svag buet Kruning, men ingen egentlig Gibbositet. Den tilstedeværende Necrose medførte tillige en vedvarende Suppuration, som tilsidst maatte ende med Hectik og Død.

Senere er der reist endeel Tvivl om denne ossøse Tuberculose og man har meent, at naar der ved Pott's Sygdom var en Lidelse i corpora vertebrarum, da var det i det Hele en ostitis af samme Beskaffenhed som ostitis i andre Partier af Skelettet; men undertiden begyndte dog Sygdommen ikke inde i det ossøse Væv, men i Sammenstødet imellem de enkelte vertebræ, i cartilagines intervertebralis, og det kunde man bedst benævne en arthroïtis. Naar denne Affection nu havde medført Destruction af en cartilago, nærmede det ovenfor og nedenfor liggende vertebra sig til hinanden, og derfor maatte Rækken af pr. spinosa vise en buet Prominens paa det tilsvarende Sted, medens Deformiteten kuude blive mere vinklet, naar større Masser af corpora gik tilgrunde ved en cariøs eller dog suppurativ ostitis. En langstrakt Curvatur skulde altsaa angive en Sygdom imellem vertebræ, en angulær Gibbositet, en Sygdom i vertebræ.

Naar vi nu her lægge nøie Mærke til Retningen af columna, finde vi vistnok ikke nogen stærkt fremstaaende Prominens af pr. spinosi, men de danne dog en svag Convexitet i regio lumbalis, og da denne jo ellers skal være concav, kunne vi alligevel her erkjende en Deformitet,

hvilket ifølge den foregaaende Fremstilling altsaa skulde angive en arthroitis vertebralis.

Ved Pott's Sygdom have vi dernæst ogsaa subjective Symptomer, hidrørende fra medulla, Forstyrrelser i dens Function, saaledes neuralgiske Smerter og Parese eller Paralyse af Underextremiteten. Desuden ville De bemærke, at Patienten bevæger sig meget stivt, naar han gaaer, og naar vi ville lade ham prøve paa at bøie sig, at flectere pars lumbalis, saa er der endeel Hindring og Modstand, hvilket særdeles godt kunde passe paa en forstyrret Bevægelighed imellem vertebræ. Patienten fortæller ogsaa, at han tidligere har havt Intercostal-Neuralgier, men for Øieblikket ere de atter forsvundne. Imidlertid tør vi vistnok diagnosticere en Vertebrallidelse, da der er de 3 Ting: 1) Deformitet og formindsket Bevægelse, 2) Absces og (tidligere) 3) Neuralgier; Hævelsen bliver vel altsaa en Congestionsabsces fra columna, rimeligviis begyndt omtrent paa Grændsen imellem v. dorsi og v. lumborum.

Men af hvilken Vei er Congestionsabscessen — naar det er en saadan — kommet herhen? Havde vi en ostitis af den høire Halvdeel af en arcus vertebræ, kunde vi lettere forstaae, at Abscessen kom til at ligge paa høire Side af columna, men deels ere arcus og processus yderst sjeldent angrebne, deels kunde vi heller ikke forstaae, at der deraf skulde opstaae nogen Convexitetet bagtil af regio lumbalis; hvis her er en ostitis vertebralis, maa det temmelig bestemt være af corpora, og hvorledes kan Pusset fra Forfladen af columna komme tilsyne paa Bagfladen.

For at besvare dette Spørgsmaal ville vi begynde med at gjenkalde os i Erindringen de anatomiske Forhold;

Suppurationen, som kommer fra corpus af et vertebra, kan søge ud bagtil og træffer da paa canalis spinalis, kan trykke de Dele tilside, som findes inde i den, og maaskee sænke sig langt ned i Canalen — men næsten altid viser Pusset sig ved den forreste Flade, og da fascia long. anterior dækker Midtlinien, maa det gaae ud tilhøire eller tilvenstre og kommer derfor til at ligge paa den ene eller paa begge Sideflader. Men naar Suppurationen bliver saa rigelig, at den ikke finder Plads paa Siderne af det angrebne vertebra, maa den brede sig videre og gaaer da i Reglen nedad, enten følgende Cellevævet om vasa (aorta etc.) eller ledsagende m. psoas, hvis aponeurotiske vagina kan omslutte Pusset som i en Canal, og isaafald forløber Congestionsabscessen som en „Psoasabsces", der tilsidst ender ved Musklens Insertion paa trochanter minor. Hvis derimod Suppurationen fra Først af har ligget i det subperitonæale Cellevæv, kan den udbrede sig betydeligt i Fladen, især naar den er kommet til fossa iliaca, og den bliver ofte staaende her i lang Tid inden den endelig strækker sig ud paa femur, hvor den hyppigst kommer frem igjennem canalis cruralis; men den kan dog ogsaa komme ud af pelvis igjennem hvilkensomhelst naturlig Aabning, hvorved den vel især ledes langs Grenene af a. iliaca, ligesom den ogsaa kan vise sig ved den øverste Rand af os ilei.

Naar altsaa Suppurationen gaaer, hvad man kunde kalde den normale Vei, kommer Pusset ikke frem paa Ryggen eller Sidefladen af truncus. Imidlertid skeer det dog af og til; saaledes kan det paa thorax følge ud med et costa og findes især ved dettes nederste Rand, hvor der ligesom anvises det en Plads imellem mm. intercostales,

externi og interni i Forløbet af a. intercostalis. Men paa selve Bagfladen har det mere Vanskelighed ved at komme frem paa Grund af de tykke Muskler. Hvorledes ere nemlig disse ordnede i reg. lumbalis, som er den Region, vi have at gjøre med hos vor Patient? Yderst træffes m. latissimus dorsi med sin stærke Aponeurose, som strækker sig til den udvendige Rand af m. sacrolumbalis; denne er fortil atter begrændset af en Aponeurose, som sætter sig paa proc. transversi, og derpaa kommer m. quadratus lumborum, indenfor hvilken der igjen er en Aponeurose, som staaer i Forbindelse med fascia transversalis. Dybest finde vi endelig m. psoas paa Siden af columna. Hvis altsaa en Congestionsabsces, som er udgaaet fra corpora vertebrarum, skal komme tilsyne paa Ryggen (i regio lumbalis), kan det kun skee derved, at den baner sig en Vei ved den udvendige Rand af sacrolumbalis, efterat den først har omgaaet eller maaskee perforeret quadratus lumborum. Men den maa altid saaledes som hos vor Patient ligge et Par Tommer tilhøire eller tilvenstre for pr. spinosi. Man har tidligere sagt, at den da kom frem i trigonum Petiti (der begrændses udadtil af den bageste frie Rand af m. obliquus externus, indadtil af m. latissimus og nedad af crista ilis), men deels er dette Rum meget variabelt og forsvinder næsten, hvis de 2 Musklers Rande ligge tæt sammen, deels kan en Absces vistnok ligesaagodt trænge frem ved den øverste Deel af regio lumbalis, hvor Aponeuroserne efterhaanden give efter for Trykket og Udspilingen.

Det vil da let indsees, at en abscessus lumbalis egentlig kun er en Poche af en Absces, som har ligget ind imod cavum abdominis, og man kan tidt opdage dette Forhold,

idet man finder samtidig en Svulst bagpaa og en anden forpaa, hvilken, naar den er nogenlunde stor, kan føles igjennem Abdominalvæggen, og disse to communicere saaledes med hinanden, at Vædsken kan trykkes fra den ene over i den anden; det kan betragtes som en timeglasformet Absces, med en snævrere Hals der, hvor Communicationen findes ved den udvendige Rand af m. sacrolumbalis og med en større Dilatation bagpaa og forpaa. Jeg omtalte derfor før (som Noget, der forundrede mig), at jeg hverken kunde trykke Svulsten tilbage eller kunde opdage nogen Impuls forfra under Hoste eller lignende Bevægelser af de forreste Abdominalmuskler; om det er fordi Communicationsaabningen er meget lille eller hvad Grunden ellers kan være, tør jeg ikke afgjøre, men jeg troer alligevel, at vi have at gjøre med en stor timeglasformet Congestionsabsces fra vertebræ.

Hvad Behandlingen angaaer kunne vi deels tage Hensyn til Sygdommen selv, deels til Abscessen. Mod Sygdommen har man tidligere især brugt derivantia, Cauterisationer, Fontaneller, Moxer etc., men det betvivles nu af de Fleste, om det er gavnligt; det synes, som om Patientens Kræfter udtømmes herved, uden at den ossøse Lidelse helbredes. Det er ligeledes et omtvistet Spørgsmaal, om man skal skaffe Pus Udflod eller ikke; ialtfald seer man ofte, at der ved Luftens Adgang til Abscessens Indre optræde voldsomme Tilfælde, som kunne medføre Døden, og Chirurgerne ere i Almindelighed meget varsomme med at aabne saadanne Pussamlinger. Jeg troer ogsaa, at det bedste Raad, jeg kunde give Dem, vilde være ikke at røre ved en spondylitisk Congestionsabsces, og kun behandle

Patienten ved at sætte ham under saa gunstige hygieiniske Betingelser som muligt for at styrke hans Constitution; man har havt mange Exempler paa, at Congestionsabscessen efterhaanden er skrumpet noget ind, at Indholdet deels er blevet absorberet, deels forandret til en kitagtig Masse.

Hvis man dog bestemte sig til at udtømme Pusset, kunde man — som det mindst Farlige — aspirere det med Dieulafoy's Instrument, men Ansamlingen kommer ialmindelighed meget hurtigt tilbage, hvoraf man ogsaa kan see, at Pusset ikke alene skriver sig fra det syge ossøse Parti, men for en væsentlig Deel fra Abscesmembranen, thi ellers kunde den ikke reproduceres saa snart. Da denne Behandling altsaa egentlig kun er palliativ, maatte man benytte en anden Slags Udtømmelse, nemlig enten med en større Incision og derefter hyppige Udsprøitninger — eller efter Chassaignac ved Draining — eller endelig ved en antiseptisk Incision. Det Sidste er absolut at foretrække, men er forbundet med saa store Vanskeligheder, at jeg vil fraraade Dem at indlade Dem derpaa, naar De ikke ere istand til at gjennemføre det med alle de nødvendige Forsigtighedsregler.

Sayre's Behandling med Gibsbandager har jeg endnu ikke havt Leilighed til at vurdere.



18.

Prolapsus omenti. — Tumor præperitonæalis.

Mine Herrer!

Jeg skulde idag foretage Exstirpationen af en meget stor Svulst, men da der i dette Øieblik blev indlagt en Patient her paa Hospitalet, som trænger til at behandles strax, ville vi først beskjæftige os med ham. De see, at det er en ung Mand, vel 30 Aar gammel, der efter Opgivelse af Politiet, som lod ham bære herind, har foretaget et tentamen suicidii i et Anfald af Sindsforvirring. Han var for Lidt siden fundet i sin Bolig, blødende af et Saar i Abdomen, som han havde tilføiet sig igaar; han laae i sin Seng, der var heelt overblødt, og Saaret har han tilføiet sig med en almindelig lille Lommekniv; men vi kunne ikke faae nærmere Oplysninger om ham selv eller om hans foregaaende Tilstand.

Naar jeg nu aftager den foreløbige Forbinding, see De, at der i linea media, lidt nedenfor pr. ensiformis, findes en tumor, af Størrelse som et Gaase-Æg, frembragt af et Stykke prolaberet Oment. Det Fremtraadte har en Længde af 3—4 Tommer, er lidt mindre i Bredden og hæver sig omtrent en Tomme over Hudens Niveau; naar jeg løfter

Svulsten iveiret, see De, at den har en petiolus, der hvor den gaaer ud igjennem et skaaret Saar i Abdominalvæggen. Der er for Øieblikket ingen Hæmorrhagi, men der har, som sagt, været endeel Blødning og Patienten er meget collaberet, som det pleier at være Tilfældet ved penetrerende vulnera; han ligger stille hen, er noget kjølig, svarer ikke paa Spørgsmaal, men synes ikke at have synderlig Smerte. Der er ingen Ømhed eller Udspænding af Abdomen, ingen Feber og i det Hele intet Tegn paa peritonitis.

Hvorledes skulle vi nu behandle ham? Der er Intet, som tyder paa en Læsion af andre viscera, men vi have altsaa et v. penetrans af omtrent 2" Længde og en Prolaps af Omentet.

Naar man har en Prolaps tænker man sig strax, at den første og vigtigste Indication er at faae den reponeret; hvis Ventriklen eller hvis colon transversum var trængt frem igjennem Saaret, da skulde man absolut reponere, men her viser det sig, at Omentet alene er prolaberet, og da bliver det et Spørgsmaal, om vi tør anvende den samme Behandling. Vi maae jo erindre, at Omentet ikke er et huult Organ, som de ovennævnte Intestinaldele, det giver ikke Incarcerationstilfælde som disse og har heller ikke nogen saa vigtig Function at besørge, at det ikke maaskee kunde undværes uden Skade for Patientens Liv. Paa den anden Side er det en Erfaringssætning, at Omentet, som har været Sæde for en inflammatorisk eller strangulatorisk Proces, tidt foranlediger langt værre peritonitiske Tilfælde, efterat være reponeret, end Intestinaldele; desuden har dette prolaberede Parti ligget ude siden igaar og har liidt

altfor meget ved Berøring med Luften og med andre fremmede Legemer, til at jeg torde bringe det ind i cavum peritonæi. Det er betydeligt svullent paa Grund af Indsnøringen i Saaret, men selv om det saae naturligt ud, vilde jeg ikke reponere det, naar det har ligget fremme fra den foregaaende Dag.

Hvis man altsaa ikke vil bringe Prolapsen ind, saa kan man enten overlade den til sig selv (idet Constrictionen vistnok tilsidst vil medføre en Gangræn og Elimination af den) eller borttage den strax, hvorved man tillige kunde have den Fordeel, at man kunde forene Saaret. Dette vil jeg foretrække, men hvorledes skal Prolapsen fjernes? Man har brugt at anlægge en Ligatur om dens „Hals", klippe af foran Traaden og lade den glide tilbage ind i Abdomen som en „ligature perdue". Man har couperet Stilken med Chassaignac's Ecraseur eller ved Cauterisation og saa reponeret. Man har overskaaret den med Kniv eller Sax, underbundet de blødende Arterier og derefter sluppet den ind i cavum peritonæi. Jeg vil imidlertid helst gjøre det paa den Maade, at jeg underbinder det indsnørede Sted i flere Afdelinger med catgut, som trækkes saa fast til, at jeg sikkrer mig imod Blødning; nu afklipper jeg det udenfor liggende Parti, reponerer det og forener dernæst Saaret nøiagtigt med Staaltraadssuturer, saaledes at jeg stikker igjennem hele Væggens Tykkelse (inclusive peritonæum).

De saae, at jeg foretog det Hele under antiseptisk Douche og derefter anlagde en antiseptisk Forbinding; jeg haaber at kunne faae en primær Forening tilveiebragt.*)

*) Der indtraadte ingen peritonitiske Tilfælde; da Forbindingen aftoges, fandtes Saaret fuldstændigt forenet.

Vi komme nu, m. H., til den Operation, som jeg skulde udføre idag; Patienten ønsker bestemt at blive opereret, og jeg vil derfor ogsaa gjøre det, endskjøndt det ikke er af de Operationer, som man vilde opfordre Nogen til, da den er temmelig betænkelig med Hensyn til Følgerne; det er desuden en opération de complaisance, eftersom Sygdommen vel generer hende endeel, men for Øieblikket aldeles ikke udsætter hendes Liv for nogen Fare. Det er en tumor abdominis, som har udviklet sig igjennem meget lang Tid, men altid været fuldstændig indolent; rigtignok har den opnaaet en betydelig Størrelse og vil vistnok ogsaa kunne voxe fremdeles, men den generer kun ved sit Volumen, har ikke virket forstyrrende paa nogen af de vigtigere Functioner. Det Værste er dog, at man ikke med absolut Sikkerhed kan sige, hvor den sidder, navnlig hvorledes dens Forhold er til peritonæum og til de indvendige Dele i Abdomen (Omentet).

Det er en gift Kone, 30—40 Aar gammel, fra Varde; hun har født flere Gange, sidste Gang endog medens Svulsten var tilstede. Der er aldeles ingen Uterinlidelser og man føler Uterus normal. De see nu her denne overordentlig store tumor, som omtrent maaler 1/4 Alen i Længde og i Bredde, den er halvkugleformet og udspænder hele venstre Side af Abdomen. Huden er uskadt, og naar man løfter den op i en Fold mærker man, at der er endnu et Lag imellem den og Svulsten; den er forøvrigt næsten cirkelrund, naaer med sin nederste Rand ind i venstre fossa iliaca, er lidt ujevn paa sin Overflade, eensformig haard som fibrøst eller cartilaginøst Væv. Da den kan

forskydes sammen med Abdominalvæggen, navnlig opad og nedad, antager jeg at den er fæstet saaledes dertil, at den væsentligst ligger imellem Integumenterne og peritonæum; jeg mener at kunne kalde den en præperitoneal Svulst, og dette slutter jeg deels af den manuelle Undersøgelse, deels af Erfaringen, idet fibrøse Svulster af og til findes saaledes situerede i Abdominalvæggen. Prof. Buntzen har i et Nummer af Hospitalstidenden, for adskillige Aar siden, meddeelt et Par Tilfælde, Mage til dette, hvor Svulsten laae imellem Musklerne og peritonæum; det Samme har jeg seet saavel hos Nélaton i Paris som i et Hospital i Edinburgh. De fibrøse Abdominalsvulster pleie at hænge sammen med eller udgaae fra det normale fibrøse Væv, enten fra Aponeuroserne (fascia iliaca) eller fra periostium (paa os ilei); her har jeg formodet at den kunde have sin Udgang fra fascia transversa.

For at erfare, hvor vor Svulst ligger, vil jeg undersøge Abdominalmusklernes Forhold til den; lader jeg da Patienten prøve paa at reise sig op i Sengen, saa føler jeg, at høire m. rectus contraherer sig uafhængig af Svulsten, venstre derimod bedækker for en Deel Svulstens Forflade; de tre store Muskler (obliquus ext., int. og transversus) maae idetmindste partielt ligge foran Svulsten, thi man kan tydeligt føle et Lag spændte Muskelfibre imellem den og Integumenterne, altsaa har den idetmindste sit Leie inde i, om ikke under Musklerne. Men det var ogsaa muligt at den laae dybere, strakte sig fra Abdominalvæggen indad i cavum peritonæi og maaskee stod i Forbindelse med eet eller andet af de deri indesluttede Organer.

Svulsten er saa indolent og har nu i flere Aar saa lidet afficeret Patientens Almeenbefindende, at her slet ikke kan være Tale om noget Ondartet, og naar vi altsaa gaae ud fra, at det er en benign tumor, maae vi først af alle viscera komme til at tænke paa Uterus som det Organ, der hyppigst er Udgangspunctet for saadanne fibrøse Svulster eller Hysteromer, som Broca kalder dem. Nu findes rigtignok denne Patients Svulst at strække sig ned i venstre regio iliaca, dens Consistens passer netop paa et Uterinfibrom, og hun er i en Alder, da denne Sygdom er temmelig hyppig, men Svulsten er altfor flad til at have denne Oprindelse, og desuden er det usandsynligt af andre Grunde; thi Uterus kan ved Exploration igjennem vagina føles frit bevægelig, uafhængig af Svulsten; denne maatte altsaa have en overordentlig lang og tynd petiolus, og isaafald vilde den næppe være voxet i den Grad fast til peritonæum. Den flade Form passer heller ikke til nogen Ovariesvulst, hvilken jo desuden ikke pleier at være saa eensformig haard. Derimod vilde jeg, hvis Svulsten oprindelig havde været intraparietal, snarest tænke paa Omentet, som jo ligger nærmest under dette Parti af Abdominalvæggen, men det er sjeldent at finde en saadan fibrocartilaginøs tumor udgaaende derfra og den vilde næppe være adhærent til peritonæum i sin hele Udstrækning.

Den rimeligste Diagnose bliver dog altsaa en præperitonæal tumor, en benign Svulst, der vel hindrer Patienten endeel ved hendes Bevægelser, især naar hun bøier sig forover, men selv om den vedbliver at voxe, næppe medfører Livsfare.

Operationen vil ikke kunne være vanskelig, ialtfald kun der, hvor Svulsten gaaer nedad imod fossa iliaca, og i det Hele vil den vist baade være let at exstirpere og kun foraarsage ringe Blødning; men der er den Complication, at man næppe kan fjerne den uden idetmindste at blotte peritonæum i stor Udstrækning og udsætte dens udvendige Flade for Luften. Rigtignok kan man ikke bestemt afgjøre, om dette muligviis medfører de samme Chancer for peritonitis, som naar hele den serose Membrans Tykkelse gjennemskjæres, men det antages f. Ex. af Prof. Buntzen i hans ovenanførte Artikel om disse Svulster; i hans ene Tilfælde kom der betydelig Suppuration, i det andet endog en peritonitis med septisk Characteer, saaat hans Erfaring i dette Punct ikke kan siges at være videre opmuntrende. Imidlertid ere dog siden den Tid vore Anskuelser om Læsioner af peritonæum blevet saameget modificerede, at vi langtfra have den samme Frygt som han. Men det er en ualmindelig stor Svulst, idet den gaaer fra linea alba indtil venstre regio lumbalis, og i den longitudinelle Retning fra costæ heelt ned til lig. Fallopii og jeg troer, at peritonæum er i den Grad impliceret, at vi ved Exstirpationen ville komme til at bortskjære et større Stykke af denne Membran; denne Eventualitet maae vi have for Øie, naar vi tage Beslutning om den Maade, hvorpaa Operationen skal udføres. Den bedste Adgang til at exstirpere en saadan tumor, faaer man ved at gjøre et crucielt Snit, idet man, efterat have dissekeret de 4 Lapper tilbage, lettest kommer til Peripherien af det, der skal borttages, men naar man, som her, venter at faae en stor Aabning af peritonæum og derfor vil lægge særlig Vind paa at faae Saaret

primært forenet, da er den omtalte Form af Snittet ikke heldig, da intet Saar er saa vanskeligt at faae heelt lægt som en cruciel Incision, især i Midten, hvor de fire retvinklede Lapper støde sammen. Jeg havde først tænkt paa at gjøre et stort buet Snit med Convexiteten nedad, fordi man ved at slaae den derved dannede Lap opad ogsaa kom temmelig nemt til hele Randen af Svulsten; imidlertid er den convexe Incision heller ikke saa let at faae lægt per primam, og jeg vil derfor vælge en lang longitudinel Incision, idetmindste til at begynde med. Viser den sig ikke at give tilstrækkelig Plads, vil jeg senere gjøre eet eller to Snit ud til Siden, afvexlende tilhøire og tilvenstre. — Af vasa i denne Region, som maaskee ville blive overskaaret, have vi a. abdom. Halleri, a. epigastr. super & infer., Grene fra aa. lumbalis, intercostales, mammaria interna, men ingen af dem er saa betydelig, at den skulde betinge en særlig Retning af Hudsnittet; endeel smaa Arteriegrene ville jo blive couperede, men ligesaa let comprimerede eller underbundne.

Operationen foretoges, som De nu saae, m. H., efter den Methode jeg havde angivet Dem; Svulstens Rande udskrælledes temmelig let, men destoværre fulgte et stort Stykke af peritonæum med, saa at intestina laae blottede i en vis Udstrækning; Blødningen var meget ringe; Randene forenedes med Suturer saa nøiagtigt som muligt og der anlagdes en antiseptisk Forbinding. Jeg betragter imidlertid Operationens Udfald som meget dubiøst, idet saa Meget af peritonæum er gaaet tabt; Farligheden vil vel omtrent svare til det, som en Patient udsætter sig for,

naar man ved en Ovariesvulst gjør en stor Aabning igjennem Abdominalvæggen for Explorationens Skyld, men strax atter lukker Saaret til uden at foretage nogen Ovariotomi; — her have vi dog ikke blot gjort en stor Aabning ind til cavum abdominis, men tillige fjernet et ikke ringe Stykke af peritonæum, hvilket nødvendigviis maa forværre Chancerne for Helbredelsen.*)

*) Patienten døde af peritonitis.

19.

Contusio abdominis. — Pseudoperitonitis.

Mine Herrer!

Vi skulle idag see to Patienter, der begge indkom her paa Hospitalet i Begyndelsen af Ugen, og omend de Affectioner, for hvilke de indlagdes, ere temmelig forskjellige fra hinanden, have de dog nogle Berøringspuncter, som kunde berettige os til at stille dem sammen.

Den første af dem er en ung Tømmersvend paa 20 Aar, som for 5 Dage siden kom til Skade, idet han faldt ned fra en Høide af 4—5 Alen og herved paadrog sig en Contusion af Abdomen, idet han kom til at ligge tværs over en Lægte, som gav ham et stærkt Stød paa den øverste Deel af Abdomen, navnlig i epigastrium. Han var, da han blev indbragt hertil, meget smertefuld og saa øm, at han ikke taalte den allermindste Berøring; han laae noget bevidstløs hen og har ogsaa senere vedblevet at være i en meget apathisk Tilstand, men han kan godt vækkes, og naar man da taler til ham, giver han aldeles fornuftige Svar. Af og til jamrer han og klager sig, men for det Meste er han dog rolig. Nogen fuldstændig Undersøgelse

har det været umuligt at underkaste ham, da han er saa lidende.

Der har slet ikke været nogen Blødning fra nogen af de naturlige Aabninger, og udvendig er der ingen Ecchymoser at opdage; der er kun de fulminante Smerter, hans apathiske Tilstand og Ømheden, der især har sit Sæde i venstre Hypochondrium, svarende til Curvaturen, og man faaer ogsaa Fornemmelsen af endeel Fuldhed og Udfyldning her, som strækker sig om i venstre Side henimod Ryggen. Ved Percussion, der er vanskelig, baade fordi Pt. ikke taaler at bevæges, og fordi Smerterne ved Berøringen ere saa store, forekommer det mig dog, som om der var en mere dæmpet Tone paa dette Parti. Palpationen er meget vanskelig, da Abdominalvæggen er saa spændt, at den er aldeles træhaard og ikke til at føle igjennem. Han blev strax stærkt inciteret og fik Omslag af arnica om Abdomen; dernæst senere Vin. thebaicum gtt. 20 og Iispiller. Pulsen var lidt over 100 og uregelmæssig. Hvad kan det nu være, han feiler? Eet er sikkert: han har faaet en Contusion og derefter tabte han Bevidstheden. Dette kan være formedelst Choc, som jo er meget hyppigt ved Slag paa dette Sted af Legemet, hvad der jo er bekjendt fra Slagsmaal, hvor navnlig Cardia er et locus electus; men Maaden, hvorpaa Choc'et kommer istand, er mindre let at forklare; man har meent, at det var begrundet i en Contusion af plexus solaris. Det er altsaa rimeligt, at Commotionen var Skyld i hans Bevidstløshed, da der var noget stuporøst og apathisk ved ham ved hans Indlæggelse. Mere Vægt lægge vi dog paa de locale Symptomer, især Smerterne, den matte Percussion og Udfyldningen i venstre Hypo-

chondrium; desuden den stærke Spænding og Contraction af Abdominalmusklerne. At komme til nogen sikker Diagnose er vanskeligt, men vi ville see at finde en Probabilitetsdiagnose.

Ved en saadan Contusion kan komme en Læsion af flere Dele; da der Intet er at see udvendigt, maa Læsionen sidde dybere, og da maa man tænke paa Ruptur af vasa mellem Peritonæum og de dybere Muskler, med Bloduudtrædning; dernæst kan der være Læsioner af de indre Organer, hvad der ingenlunde er sjældent, enten opstaaede ved localt Slag eller mere indirecte ved Faldet, og da navnlig Rupturer af viscera, deels hepar med dens tilhørende Organer, deels Urinorganerne, dernæst Intestinalcanalen og lien og endelig Ruptur af de store vasa. Belært af tidligere Erfaringer er der nogle af disse vi kunne eliminere; thi Rupturer ere meer eller mindre farlige efter Beskaffenheden af det samtidige Extravasat. Hvis Urin f. Ex. var traadt ud i cavum peritonæi, vilde det hurtigt medføre Døden; Patienten har derimod levet i 5 Dage, han har hele Tiden kunnet lade Urinen frit og frembyder i det Hele ingen Tegn paa Læsion af disse Organer, som vi derfor kunne udelukke; in casu altsaa ogsaa Contusion af venstre ren. Det er forøvrigt en Kjendsgjerning (hvilket man ikke er tilbøielig til at troe), at de solide Organer lettere rumpere end de hule.

Dernæst kunne vi udelukke hepar baade formedelst Sædet og fordi den vilde give ligesaa voldsomme Tilfælde som Urinorganernes Læsion paa Grund af Galdens Udtrædning.

Kan lien være læderet? Det maa man nærmest komme til at tænke paa, thi han er øm paa det Sted, hvor den har sit normale Leie, og dette Organ er maaskee det, der hyppigst rumperer ved stærke Contusioner. Vi have iagttaget flere Tilfælde af den Slags her paa Afdelingen, men de have rigtignok havt en lethal Udgang; maaskee kan man netop derfor eliminere denne Læsion her, da vor Patient jo nu lever paa 5te Dag, hvad Ingen i de forhen iagttagne Tilfælde har gjort. Man har fundet Læsionerne af lien forbundne med Ruptur af Diapbragma og af Musklerne i Abdominalvæggen saavelsom med herniøse Fremtrædninger. Dette behøver dog ikke at være absolut dødeligt.

Kan det være Intestinalcanalen, der har liidt? Patienten fik igaar en Opkastning, som han ikke havde fra Først af og som ikke har gjentaget sig; derfor maatte man tænke enten paa Læsion heraf eller af Ventriklen. Paa den anden Side have vi dog Grunde, der kunne berettige os til at udelukke denne Mulighed. Angaaende disse Læsioner er der gjort talrige Experimenter, deels paa Cadavere, deels med de udtagne Intestina. Man skulde a priori troe, at en Udspænding f. Ex. af Luft vilde gjøre det lettere for Intestina at rumpere; Experimenterne have nu viist det Modsatte, thi en tom ansa rumperer ligesaa let, om ikke lettere, end en fyldt; men af disse er atter Luftudspilingen mindre disponerende til Bristning end Udspænding med en Vædske, netop formedelst dens store Elasticitet; er der derimod iforveien et ulcerøst (tuberculøst f. Ex.) Parti paa en ansa, rumperer den ved et eventuelt Slag altid paa dette Sted. Ellers findes Rupturen hyppigst ved Insertionen af

Mesenteriet, som det mindst beskyttede Sted. Man er ogsaa kommet paa det Rene med, at Rupturer her komme lettest, naar Trykket udøves mod et fast Underlag, nemlig columna. En tom ansa kan da derved rumpere ligesaagodt som en udspændt. Her troer jeg, at denne Ruptur, hvorved fæces maatte være udtraadte, kan udelukkes, da man først saae Brækning efter 3 Dages Forløb, da den strax hørte op igjen og ikke heller senere har viist sig.

Det Sandsynligste er altsaa Ruptur med udtraadt Blod, om fra lien kan man ikke sige, dog er det ikke rimeligt, snarere fra vasa, der have ligget paa Steder af mindre Betydning. Foruden at Udfyldningen her svarer til lien, svarer den ogsaa til Abdominalvæggen og til Diaphragma, hvilke begge kunne være læderede. Paa denne Tanke bringes jeg ved den betydelige Stivhed og Immobilitet, som Patienten stadig har bevaret, som om han vilde undgaae at respirere; Respirationen er jo ogsaa endnu temmelig overfladisk og uregelmæssig, hvilket sidste forøvrigt ogsaa gjælder om Pulsen, der næsten ikke er til at tælle. Dette kunde nok tyde paa Ruptur af Diaphragma, hvortil kommer, at han imorges begyndte at klage over Smerter i Brystet, der navnlig straalede op bag sternum. Der synes dog ikke at have været nogen Pulmonalaffection, thi der har ikke været Hæmorrhagier; rigtignok er han begyndt at hoste noget, men der er ingen Expectoration, og saavidt man kan komme til at percutere thorax kan man ikke opdage noget Abnormt.

Man maa altsaa snarest tænke paa Blodudtrædning, enten fra en Ruptur i den forreste Abdominalvæg eller fra Diaphragma. Er det Tilfældet, hvorledes vil saa Blodet

forholde sig? Vi ville, for at besvare dette, først see, hvad Historien og tidligere Experimenter og Erfaringer kunne lære os.

Den Art Læsioner var langt hyppigere før end nu, og den ældre Krigsførelse og Kampmaade gav Datidens Chirurger fortrinlig Leilighed til at studere dem. Navnlig ere Petit og Garengeot berømte ved deres Beretninger til det franske chirurgiske Academi. Petit meente, at hvor der kom Blodudtrædninger ind i Caviteter vilde man see, at de maatte holde sig i Omfanget af Læsionsstedet, idet den Huulhed, de kom i, kun er virtuel, og at de kun kunne brede sig ved at skyde Delene fra hinanden; denne stadige Modstand mod Blodudtrædninger hjælper til at standse Blødningerne; endvidere lærte han, at Blodet ikke har Tilbøielighed til, saalænge Patienten lever, at udbrede sig over hele Abdominalhulen. Garengeot siger, at han ofte efter Døden fandt Sivning af Blodet langt fra det angrebne Sted, men at det ikke var rigtigt hvad Petit meente herom, at det først skulde have sænket sig efter Døden, idet Elasticiteten i Vævene da havde tabt sig; han meente derimod, at det strax ved Udtrædningen sænkede sig til de decliveste Partier.

I vor Tid er dette Spørgsmaal atter optaget og navnlig af Velpeau, der mener, at man ikke skal holde paa een af disse 2 Meninger exclusivt, men at begge kunne være rigtige. Størst Rolle spiller efter hans Mening den Kraft, hvormed Blodet udstrømmer (f. Ex. store Arterier). Den eneste Interesse, der kan være ved Discussionen om disse forskjellige Meninger er, hvis man deraf tør slutte noget om Tilladeligheden af at gjøre Incision eller ei, thi da kan

det være godt at vide, om Blodet holder sig samlet eller er udbredt efter Fladen. Dette kan nu kun afgjøres ved Undersøgelsen, navnlig om man kan finde Fluctuation; men om der da er Indication for Incision er tvivlsomt, da der altid vil være Fare for putrid Infection, naar man da ikke kan gjøre den strængt antiseptisk. Man vil derfor ikke skride til noget Operativt, men lade sig nøie med at sigte hen til en eventuel Resorption ved sin Behandling; det er velbekjendt, at Blodudtrædninger ikke altid resorberes, men at de ogsaa undertiden blive liggende indolente og enkysterede. Saadanne Tilfælde have vi netop fornylig havt her paa Afdelingen. De kunne endvidere suppurere spontant og bryde op, men Prognosen er da bedre end ved primær Incision, da Ansamlingen gjerne er enkysteret.

Vi kunne hos vor Patient altsaa haabe, at det kun er en Blodudtrædning, der muligviis atter ved passende Behandling vil resorberes; men vi maae huske paa, at der kan indtræde en tilsyneladende Helbredelse, idet Ansamlingen enkysteres og saa senere, maaskee om et Aar, kan bryde op og udtømmes gjennem Suppuration, saaledes som det hændte i eet af de Tilfælde, vi iaar have havt her paa Hospitalet. Vor Behandling har kun været Opium for at holde Intestina i Ro og derved hindre en Peritonitis fra at udvikle sig; derfor anvendtes samtidigt Iispiller og et stort Omslag af Infus. arnicæ, hvorved Smerterne ere lindrede. Da han fik en pludselig og voldsom Oppression med Respir 60, hurtig og uregelmæssig Puls, gjorde jeg en Venæsection paa 3 Kopper, og derved toge Tilfældene af.

Vi skulle nu see den anden Patient, som jeg vil stille ved Siden af den forrige, da han ligesom hiin ogsaa har Tilfælde, man kan sætte i Forbindelse med peritonitis. I Modsætning til hiin er han 60 Aar og kom ind i denne Uge efterat have været syg i et Par Dage i Forveien; han var blevet behandlet af en Læge for et supponeret hernia incarcerata. Han havde Smerter, der begyndte i perinæum og straalede op i høire fossa iliaca og reg. hypogastrica, forbundne med Opstød, Qvalme og Opkastning, der vel tabte sig, men atter kom tilbage, og af den Grund lagde han sig ind her paa Hospitalet. Endvidere havde han stærkt udtalte Febertilfælde. Man kunde altsaa have Ret til at formode en Peritonitis og specielt tænke paa hernia incarcerata.

I begge Sider af scrotum opdagedes en Svulst, der nok kunde sættes i Forbindelse med et Hernie, da han tillige havde fuldstændig Obstipation, uagtet de mange Clysmata, han havde faaet i sit Hjem. Da han kom ind var han altsaa meget medtaget, skjøndt det dog syntes, som om den formodede Peritonitis ikke var betydelig nok og ikke tilstrækkelig udtalt til at forklare Tilstanden; thi han laae længe herinde uden Opkastninger, og noget Udgangspunct for en Peritonitis kunde heller ikke findes. Man kunde som sagt tænke paa et Hernie som Udgangspunct, men Svulsten i scrotum kunde ikke tydes saaledes, da der ikke var nogen petiolus at føle og canalis ingvinalis var fri. Da der altsaa hverken her eller andre Steder kunde constateres noget Hernie, taber Sandsynligheden for Peritonitis sig. Heller ikke er der Symptomer paa Typhlitis eller Perityphlitis; derimod er der betydelig Ømhed i

høire Side af scrotum. Ved nøiere Undersøgelse med et Lys sees den at være fuldstændig pellucid, og dette angiver næsten altid en klar Vædske og ikke et Hernie; vi have ogsaa en lignende Ansamling i venstre Halvdeel af scrotum og altsaa et dobbeltsidigt Hydrocele. Kan det hænge sammen med de voldsomme Tilfælde? Ja! Den Ansamling, han har i høire Side, veed Patienten Intet om og især ikke naar den er opstaaet, medens han angiver, at den venstresidige har været tilstede i 18 Aar, og denne er altsaa et almindelig chronisk Hydrocele. Det høiresidige er meget ømt, temmelig stort, og testis ligger nedenfor og bagtil; selve tumor ligger altsaa ovenover testis og er nøie afgrændset fra den, og der føles i den ligesom et haardere Legeme, omkring hvilket den øvrige Deel af tumor kan forskydes. Dette kunne atter simulere noget et Hernie, men Pelluciditeten taler derimod. Hvad er nu dette haardere Parti paa Funiklen? Man kan ikke, troer jeg, sige det med Sikkerhed; det kunde være haarde inflammerede Varicer, f. Ex. et varicocele med phlebitis, men hvad der er mere sandsynligt er, at vi her ikke have et almindeligt Hydrocele, men et H. cystica, der snarere skal henregnes til de multiloculære Cyster, maaskee opstaaende paa forskjellig Maade, men ofte indeholdende Spermatozoer, idet det staaer i Forbindelse med Rester fra Foetallivet, f. Ex. de Wolfske Legemer og den Morgagniske Hydatide. Havde vi en saadan Cyste her kunde det være, at de haardere Partier tydede paa, at nogle af Cysterne vare mere udspændte end andre. Dette skulle vi nu skaffe os Sikkerhed for ved en Punctur, jeg skal gjøre om Lidt, idet vi da ville see, om vi kunne udtømme Alt paa eengang eller ei.

Hvorledes kan dette nu staae i Forbindelse med de peritonitiske Tilfælde? Kunde man tænke sig, at de hidrørte fra Ømhed og Inflammation i scrotum? Ja! det er ikke umuligt. Gosselin refererer Tilfælde af Gonorrhoe, efterfulgte af voldsomme peritonitiske Tilfælde; Dagen efter fandt man da en epididymitis og derefter tabte Tilfældene sig; han omtaler ogsaa Tilfælde, hvor Aarsagen var en simpel orchitis og vaginalitis. Det kan altsaa ikke benægtes, at disse Affectioner kunne medføre „Pseudo-peritonitis", der maa forklares som en Reflexvirksomhed til Peritonæum med antiperistaltiske Bevægelser af intestina og derigjennem Brækning. Jeg kan endnu nævne Dem et analogt Tilfælde fra Valette i Lyon, som har iagttaget Peritonitis ved Retention af testis og Indeklemning af den i annulus ingvinalis og hvor Tilfældene vare fuldstændig intermitterende; Exstirpation af testis helbredede Patienten radicalt. Det er nu en saadan Pseudo-peritonitis jeg mener vi her have havt med at gjøre; Prognosen er derfor bedre, og Tilfældene svandt ogsaa hurtigt ved Ro og Opium; dertil kom, at senere Clysmata (thi at give Laxantia gjennem Munden skal man helst vogte sig for ved Peritonitis), efterfulgtes af rigelig Afgang af fæces og flatus, hvorefter Smerterne tabte sig ganske i Abdomen, og han er altsaa nu næsten helbredet; men da han har Svulsten i høire Side af scrotum og da baade han selv og vi kunne være tjente med at den aabnes, vil jeg punctere den uden at gjøre nogen Injection derefter, blot som palliativt Middel.

De saae, at der kom noget vandklar Vædske ud, men Svulsten udtømtes ikke ved denne ene Punctur, og der er endnu Noget tilbage, der føles som flere Cyster. Jeg ud-

tømmer dem nu efterhaanden alle; herved er altsaa vor Diagnose af et Hydrocele cystica blevet bekræftet. End yderligere vilde den blive constateret, hvis vi vilde lade Vædsken staae hen og tage noget af det eventuelle Bundfald og undersøge det microscopisk. Finde vi da Spermatozoer deri, vilde Rigtigheden af Diagnosen være utvivlsom.

Der er altsaa nogen Liighed mellem de 2 Patienter. Den første har Tilfælde, der gaae i Retning af peritonitis, hvad der godt endnu kan udvikle sig mere; den anden, der kom ind under Diagnosen hernia incarcerata, synes derimod kun at have havt en Pseudo-peritonitis.

20.

Tumor hæmorrhoidalis. — Cancer recti. — Fissura et fistula ani.

Mine Herrer!

Jeg skal idag vise Dem nogle Patienter med en Sygdom, som jeg endnu ikke har havt Leilighed til at omtale i dette Semester, nemlig tumores recti. Den ene af disse see De her; det er en Arbeidsmand paa omtrent 40 Aar, som er kommet ind paa Afdelingen under Diagnosen „prolapsus recti", og denne Benævnelse kan forsaavidt være rigtig, som den mucøse Membran her er trukket ned med Svulsten, udenfor anus.

Hans Sygehistorie frembyder forøvrigt ikke noget Eiendommeligt; denne Sygdom har jo for det Meste et temmelig typisk Forløb. Først har Patienten Smerter ved Defæcationen; dernæst kommer der en lille Svulst frem og undertiden udtømmes noget sivende Blod, men efter Defæcationen gaaer den ind igjen af sig selv. Saaledes kan det gaae flere Maaneder igjennem, men da mærker Patienten en Dag, at Svulsten ikke vil gaae tilbage, men bliver liggende udenfor anus og smerter ham tidt saameget, at han maa lægge sig en Tid. Ved Sengeleiet og ved Tryk gaaer den rimeligviis tilbage, men Tilfældene gjentage sig, Svulsten repo-

neres efterhaanden med større og større Vanskelighed, tilsidst vil den maaskee slet ikke gaae ind, den svulmer mere og mere op og bliver i høi Grad smertefuld, idet den udsættes for Contractionen af sphincter. Tillige kommer der en rigelig Secretion af Blod og mucøs Vædske, ofte kunne endog Blødningerne blive saa betydelige, at de medføre en anæmisk Tilstand, og Defæcationen kan til Slutningen næsten være umulig for Patienten.

Naar vi nu skulle undersøge Patienten er det bekvemmest at lægge ham paa venstre Side heelt ud til Kanten af Sengen og saa tage nates fra hinanden; derved kommer, som De see, Svulsten heelt tilsyne. Vistnok vilde man her kunne reponere den, men da han har liidt af den i 3 Aar og da den jevnligt generer ham, ikke blot ved Defæcationen, men ogsaa ved hans Arbeide, troer jeg, at man maa fjerne den.

Med Hensyn til Borttagelsen af saadanne Hæmorrhoidal-Svulster maa man for det Første sikkre sig imod Hæmorrhagi, dernæst maa man erindre, at man vil komme til at aabne en Deel Vener, som netop paa dette Sted ofte blive Sæde for phlebitis, og endelig maa man være forberedt paa, at der kan komme Cicatricer, som kunne være meget besværlige derved, at de frembringe Stricturer. De have ofte seet mig cauterisere disse Hævelser med ferrum candens; derved maa man kun sørge for, at Cauterisationen foretages paa den mucøse Deel alene, ikke paa Huden, da denne ved sin Retraction kunde foraarsage en slem Forsnævring.

Man har iøvrigt mange andre Behandlingsmaader; man kan klippe eller skjære hele det Prolaberede bort, men

man maa være lidt forsigtig for Blødningens Skyld, thi ofte trækker Resten af det prolaberede Parti sig indenfor anus, naar man har exstirperet Noget deraf, og der vil da kunne komme en indvendig Hæmorrhagi, som maaskee ikke opdages strax; den kan blive farlig ved sin Mængde og give anæmiske Tilfælde. Man har ogsaa brugt almindelig Ligatur eller Chassaignac's écraseur, især dog det Sidste; endelig finde vi anbefalet særegne Constrictionsapparater (Smith's clamp). Men alle disse operative Behandlinger kunde maaskee undgaaes ved at anvende den forcerede Dilatation af spincter, som De om Lidt skulle see mig foretage paa en anden Patient; idetmindste er det tilraadet i den nyeste Tid i Frankrig, og endskjøndt jeg endnu ikke har forsøgt det, vil jeg dog ved given Leilighed prøve det. Her havde jeg isinde at exstirpere Svulsterne, og jeg vil vise Dem, hvorledes jeg benytter Ligaturen, der vistnok er den simpleste af alle de forskjellige Methoder og i det Hele har givet mig gode Resultater; den eneste Indvending, jeg kunde gjøre imod den, er, at den er temmelig smertefuld og at man ikke kan vedblive at holde Patienten bedøvet til Smerten har tabt sig.

Ved Excision eller naar man ecraserer eller bortcauteriserer Svulsterne, kan man bruge Chloroform til Operationen er heelt forbi, selv om den f. Ex. ved Chaissagnac's Ecraseur kunde vare en halv Time eller mere; derimod er det ikke muligt ved Ligatur, fordi Svulsten da skal gaae bort ved Gangræn. Det Vigtigste, naar man bruger Ligatur, er nemlig, at man snører den fra Først af saa stærkt sammen, at Svulsten bliver fuldstændigt constringeret, saa skrumper den senere sammen, mortificeres og falder af.

Ved en ufuldstændig Sammensnøring opstaae derimod let inflammatoriske Tilfælde og Smerten er absolut langt heftigere. Jeg har tidligere sagt Dem, at den elastiske Ligatur er den allersmerteligste af dem alle, og jeg vil raade Dem fra at benytte den.

Jeg skal altsaa anlægge en almindelig Ligatur af stærk Hampetraad; men da Svulsten ikke har nogen petiolus — den er omtrent halvkugleformet —, kan man bære sig ad paa den Maade, at man bringer en sædvanlig Suturnaal igjennem Basis, dernæst trækkes en dobbelt Traad igjennem og nu bindes om hver Halvdeel for sig. Man kunde maaskee frygte for, at man derved tog for Lidt bort, men det er i Almindelighed tilstrækkeligt, naar man borttager de største og de meest prominerende Svulster; de Partier, som blive tilbage, ville godt kunne skrumpe ind senere.

Man har undertiden meent, at Fjernelsen af tumores hæmorrhoidales skulde være farlig for Patientens Liv, men jeg troer at det er en feil Anskuelse, som Chirurgerne idetmindste ikke kunne indrømme; jeg antager tværtimod, at en Patient bedre taaler at faae Svulsterne taget bort end at beholde dem.

Operationen var, som De saae, meget nem at udføre og den fordrer ingen Efterbehandling; man kunde blot anbringe lidt Vat paa Svulsten, der rimeligviis falder af efter 4—5 Dage, eller lidt længere. I den Tid maa man lade Patienten holde sig i Ro, og da han helst ikke skal have nogen Aabning, maa man sørge for at rectum i Forveien er udtømt ved et clysma. Hvad der meget hyppigt følger efter denne Operation, og som man altsaa maa være belavet

paa, er Urinretention, hvorfor man kan blive nødt til at catheterisere Patienten.

Den anden Patient er indlagt under Diagnosen „mariscæ in gravida“. Det er en Kone paa henved 40 Aar og efter hendes eget Sigende er hun gravid i 7de Maaned. For et halvt Aar siden er der begyndt at komme Smerter ved Defæcationen og disse ere stadig tiltagne; samtidig mærkede hun, at der opstod en Svulst ved anus, som voxede mere og mere.

Saadanne Smerter kunne være af forskjellig Art; denne her er ikke Følge af noget Inflammatorisk, der er ingen Spænding, ingen Rødme, ingen Ømhed ved udvendigt Tryk, men den vil dog ikke kunne helbredes uden ved en Operation. Det er en fissura ani, hvorved man forstaaer et lineært, overfladisk ulcus ved orificium ani, forbundet med en smertefuld Contraction af sphincter. Naar netop Noget skal passere orificium ani indvendigfra, eller man udvendigfra vil bringe Noget ind (en Finger, eller Spidsen af en Clysteersprøite), fremkaldes der en heftig Smerte og spasmodisk Contraction i sphincter.

Smerter ledsage meget almindeligt en Contractionstilstand i anus, og man finder det Samme paa andre Steder af Legemet, hvor der er en sphincter., f. Ex. ved vesica, vagina, palpebræ; men hvad der navnlig er eiendommeligt for fissura ani er, at Smerterne tiltage efterat Noget har passeret sphincter. Patienterne klage ialmindelighed over, at Smerterne ere værst 10—15 Minuter efter, og først tabe sig igjen Lidt efter Lidt. Naar nu Nogen klager over saadanne Smerter og man undersøger anus, finder man for det

Meste et lille lineært ulcus, enten blot i selve Aabningen eller tillige strækkende sig lidt udenfor eller indenfor denne; tidt kan det være vanskeligt at opdage den lille Fissur, fordi den pleier at være halvt skjult derved, at den forløber i Bunden af een af de naturlige Folder paa dette Sted. Sygdommen er i det Hele ikke sjelden, træffes baade hos Mandfolk og hos Fruentimmer, ialmindelighed dog kun hos Ældre; den hænger deels sammen med habituel Obstipation, deels med Svulster i denne Region, navnlig Hæmorrhoidal-Svulster.

Forresten have De maaskee ofte hørt den Bemærkning, at Sygdommen „fissura ani“ kan existere baade med og uden Fissur, eller med andre Ord: det Characteristiske for Sygdommen er det Nervøse, den Reflexsmerte og den Contraction, som jeg ovenfor nævnede; men undertiden er det ikke muligt at opdage den mindste Ulceration. Omvendt kan man finde ulcera i anus, baade større og mindre, saagodtsom indolente, eller ialtfald uden den eiendommelige smertefulde Contraction; og isaafald havde vi vel et ulcus eller maaskee endog en Fissur, men ikke den classiske „fissura ani“.

Den classiske Fremstilling have vi faaet af Boyer; han er den Første, der tydelig har beskrevet Sygdommen og adopteret det Navn, hvorunder den endnu gaaer. Han viste ogsaa, at de mere palliative Behandlingsmaader ikke førte til noget Resultat, hvorfor han tilraadede Gjennemskjæring af sphincter, hvilket endnu jævnligt bruges af Chirurger, idet de med en Kniv eller Sax coupere sphincter ani tilligemed det bedækkende cutane og mucøse Lag,

Imidlersid har man senere modificeret Boyer's Operation paa forskjellige Maader; Syme's Methode bestod i, blot at incidere selve Fissuren, saaat man istedetfor den ulcererede Fordybning frembragte en reen skaaret Flade, som kunde hele ved Cicatrisation. En tredie Maade, som vel er den brugeligste nu for Tiden, er den forcerede Dilatation, som jeg før sagde Dem ogsaa er blevet tilraadet i den allernyeste Tid som et Middel til at lindre Besværlighederne ved tumores hæmorrhoidales; man kalder den Récamier's Methode efter den bekjendte franske Læge, som først havde anbefalet den, men den blev dog først senere almindeligt anvendt; i nyere Tid have Monod og Maisonneuve taget den under deres Beskyttelse.

Vor Patient er, som sagt, indlagt her under Diagnosen „mariscæ in gravida“; der maae altsaa være Svulster ved anus foruden de Smerter, som vi have omtalt. Naar vi da undersøge hende, efterat have placeret hende i Sideleiet, see De, at der findes nogle prominerende Svulster, som indtage den høire Halvdeel af Aabningen. De see anderledes ud end hos den forrige Patient; de ere ikke blanke, spændte eller røde, men graalige, faste og haarde, indolente, lidt hanekamformede og uden nogen glat mucøs Bedækning, de ere ikke simple vasculære Svulster, saaledes som tumores hæmorrhoidales, men de ere utvivlsomt maligne, cancroide Nydannelser, der jo findes saa almindeligt paa dette Sted, ligesom de ogsaa findes ved den øverste Ende af Digestionsveiene, paa labium inferius.

Jeg har ladet Patienten chloroformere, baade for at foretage en nøiagtigere Undersøgelse og for derpaa at dilatere sphincter ani; jeg seer da lige ved Basis af de nævnte

Svulster en lille superficiel Fissur, som bløder ved Berøringen; Degenerationen indtager kun den ene Side af anus, saaat Huulheden af rectum føles naturlig, naar man er kommet indenfor med Fingren. Jeg skrider altsaa til Dilatationen, idet jeg bringer en Finger af hver Haand ind i rectum og paa en Maade hager dem fast derinde; nu trækker jeg dem fra hinanden, den ene tilhøire, den anden tilvenstre, og strammer orificium ani saa stærkt ud, som det er muligt, hvorved sphincter vel for en Deel rumperer, men forøvrigt giver efter for den mechaniske Udvidelse; Aabningen trækker sig dog altid igjen noget sammen, naar man ophører med Dilatationen. Jeg sagde Dem, at man dilaterede saa stærkt som muligt; der er nemlig en naturlig Grændse for Dilatationen, og det er apertura inferior pelvis; da denne hos Voxne omtrent maaler 3 Tommer i transversel Retning, kan man altsaa ikke drive Udvidningen af sphincter videre end dertil.

Hermed er nu vor Behandling af Patienten foreløbig tilendebragt; hvad de cancrøse Svulster angaaer, da vil jeg senere komme tilbage til denne Sygdom.

M. H.! Jeg har endnu idag en lille Operation at udføre i denne Region, og da Beskrivelsen af Patientens Sygdom ikke vil opholde os længe, kunne vi vel blive færdige dermed inden Timens Slutning. Det er den Patient, som De her see, en 55aarig Arbeidsmand; han er forresten rask, men er indkommet for at opereres for en fistula ani. Han fortæller, at hans Sygdom er opstaaet paa den Maade, at han for en Maaned siden fik en Absces paa Siden af anus; den smertede ham temmelig meget, og han maatte

endog en Tid holde Sengen af den Grund, men han søgte dog ikke nogen Læge og anvendte blot et almindeligt Omslag. Abscessen aabnede sig da spontant og der udtømtes en stor Mængde Pus, men Smerterne ophørte og han tog atter fat paa sit Arbeide; imidlertid mærkede han, at der vedblev at flyde Noget ud og besluttede derfor at lægge sig ind paa Hospitalet.

Naar vi have placeret Patienten i den sædvanlige Sidestilling, see De, at der paa høire Side af anus, omtrent en Tomme fra Aabningen, findes et lille deprimeret Punct, og ved at explorere med en Sonde, opdager man, at den med Lethed skydes ind igjennem Fistlen indtil en Dybde af mere end 2 Tommer. Den gaaer i Retning af intestinum rectum, og naar man samtidig indfører en Finger her, kan man tydeligt føle Sonden forløbende langs den udvendige Flade, saaat den kun er adskilt fra Fingren ved en ganske tynd Lamel; derimod er det ikke muligt at opdage nogen indvendig Fistelaabning. Naar jeg nu fører Sonden ind efterat have bøiet den, kan jeg dreie Spidsen omkring til alle Sider, hvilket tyder paa, at den bevæger sig inde i en temmelig stor Huulhed.

Denne Huulhed er altsaa høire fossa ischio-rectalis, som har været Sædet for Suppurationen og som ikke har lukket sig, fordi dens Vægge ikke kunne falde sammen; Fistlen fører ind i denne Cavitet, men skulde der ikke være mere end den ene Aabning? De fleste Fistler ere complette; det vil sige: naar den, saaledes som her, er opstaaet igjennem en idiopathisk Phlegmone, hvis Suppuration har banet sig en Vei udad igjennem Huden, saa kommer der i Reglen efter nogen Tids Forløb en indvendig Aabning

igjennem Rectums Væg og det findes hyppigst lige ovenfor sphincter ani, sjeldent mere end en Tomme over orificium. Syme meente, at 6 Uger var den almindelige Termin, efter hvilken den indvendige Fistelaabning skulde være dannet, og at en incomplet, udvendig Fistel var en meget sjelden Undtagelse. Da det er omtrent en Maaned siden vor Patient blev syg, kunde det altsaa dog være muligt, at der endnu ikke var kommet nogen Perforation indad.

Med Hensyn til Behandlingen kan det dog være temmelig ligegyldigt, om man finder en indvendig Aabning eller ikke, thi den er eens i begge Tilfælde, eftersom en incomplet udvendig Fistel saagodtsom aldrig helbredes uden ved Operation, saaat man egentlig kun spilder Tiden ved at forsøge forskjellige lempelige Midler for at faae den cicatriseret. — Men man maa erindre, at hvis man i et saadant Tilfælde vil foretage den classiske Operation for „fistula ani", nemlig ved at gjennemskjære Broen imellem Abscessen og rectum, saa behøves det ikke at gjennemskjære Skillevæggen heelt op til det Sted, hvor man med Sonden kan trænge op paa den udvendige Flade af rectum; det er nok at man faaer sphincter gjennemskaaret. Jeg har jo forøvrigt i en tidligere Forelæsning talt til Dem om denne Operation, saaat jeg ikke vil gjentage, hvad jeg dengang sagde Dem, men jeg vil her vise Dem Anvendelsen af en Ligatur, som er den ældre Behandlingsmaade, der nu rigtignok for det Meste er forladt af Chirurgerne, men som jeg meget hyppigt benytter, da jeg synes at den tager mindre lang Tid til Helingen.

Jeg bringer altsaa en tubuleret Naal fra Fistelaabningen ind imod rectum, støder den igjennem Væggen lige

over sphincter og trækker saa Spidsen ud af anus med Fingren, som jeg i Forveien havde indført. En stærk Traad føres derpaa igjennem, og nu binder jeg den saa stramt til, som jeg vel kan. Ligaturen overlades til sig selv, for efterhaanden at ulcerere igjennem, men Patienten vil ikke behøve at holdes saa længe i Sengen; han vilde maaskee endog snart kunne tage fat paa sit Arbeide igjen.

De saae, at jeg idag brugte en meget tyk Hampetraad; jeg har ofte ellers benyttet Metaltraad, enten af Jern eller, som det oprindeligt var tilraadet, af Bly, og jeg har da ialmindelighed snoet dem saaledes, at jeg, efterhaanden som de skjære igjennem, kunde dreie dem fastere sammen.

21.

Cancer recti. — Polypus recti.

Mine Herrer!

Jeg viste Dem i forrige Time en Kone med en lille cancrøs Svulst paa Siden af anus; efter den Tid have vi faaet et nyt Tilfælde af den samme Sygdom, men dennegang i et meget fremrykket Stadium.

Det er en Gaardmand fra Jylland, omtrent 50 Aar gammel, som er kommet herover for at faae nogle „Takker“ tagne bort; han fortalte at han havde været fuldkommen rask og altid nydt et fortrinligt Helbred indtil han for et Aars Tid siden mærkede nogen Vanskelighed og Smerte ved Udtømmelsen af Urin og Fæces. Urinladningen blev dog snart igjen naturlig, men han angiver, at han stadig har havt noget Abnormt ved Defæcationen. Først havde han stærke tenesmi, hvormed der jevnlig afgik Blod og Sliim; senere tiltoge Vanskelighederne og Excrementerne bleve mindre, uden at han dog kan angive deres Form, navnlig om de vare flade eller cylindriske. Endelig begyndte Aabningen at afgaae involuntært og nu qvitterer han, næsten hele Dagen igjennem, en grødet Masse blandet med seig Sliim, af og til ogsaa med Blod.

Han har endnu et temmelig sundt Udseende, han sover og spiser godt, men er — efter eget Sigende — ikke saa corpulent, som han tidligere har været.

Ved anus sees 2 smaa Svulster, der ligne indolente Hæmorrhoidalknuder; imidlertid er det dog ikke disse, der udgjøre hans egentlige Sygdom, men ved Explorationen af rectum mærker man strax, at den Huulhed, som man pleier at føle ligeover anus, mangler fuldstændigt. Derimod finder man der nogle haarde Masser, hvori man dog kan trykke Fingeren ind. Opad tiltager Haardhedernes Mængde, saaat man — saa høit oppe, som man netop kan naae med Fingren — føler en ringformet, fremstaaende Fortykkelse, i hvis Midte man kan presse Fingerspidsen ind. Diagnosen cancer er altsaa let og Sygdommen indtager rectum idetmindste i $2^1/_2$ Tommes Længde; Undersøgelsen var noget smertelig for Patienten og den explorerende Finger er bedækket med Blod og mucus, saavelsom med Fæcalmasse.

Det er en Sygdom, som De vistnok ville faae at see flere Gange i Deres Praxis og som vil skaffe Dem megen Besvær; ofte vil den først komme under Deres Behandling efterat Patienten allerede har havt den i lang Tid og det er saaledes rimeligviis Tilfældet her, thi en saa stor Degeneration kan næppe være udviklet i Løbet af eet Aar. Men Affectionen viser endeel Forskjelligheder efter det Sted, hvorfra den begynder; hyppigst udgaaer den fra den allerøverste eller fra den allernederste Ende af rectum og udbreder sig først efterhaanden til den mellemliggende Deel; hos den Kone, vi saae i sidste Time, var cancer begyndt lige ved anus og compliceret med betydelige Smer-

ter og spasmodiske Contractioner, og det kan ogsaa siges at være Regelen, at cancer ved selve orificium ani foranlediger meget smertefulde Tilfælde. Begynder derimod Sygdommen ved den øverste Ende, kan Patienten nyde en relativ Sundhed i længere Tid og det er først, naar cancer efterat have angrebet hele Længden af rectum, er naaet ned til orificium, at de slemme Complicationer optræde.

Hos vor Patient mener jeg altsaa, at Lidelsen er begyndt ovenfra, hvor man ved Explorationen ogsaa føler Svulsterne stærkest udviklede; den er rimeligviis begyndt i Nærheden af collum vesicæ, hvorfor idetmindste den Omstændighed kunde tale, at han for et Aar siden havde Urinbesværligheder. Saa er den voxet nedad, indtil den har naaet saa betydelige Dimensioner, at hele Huulheden af rectum føles som en stiv, haard, knudret Canal; Digital-Undersøgelsen har da allerede lært os, at den mucøse Membran maa være degenereret i hele Længden af rectum, men hvor langt strækker Degenerationen sig udad igjennem Væggen? Det, at Fingren baner sig Vei opad imellem knudrede Haardheder kan finde Sted, blot fordi den indvendige Flade er besat med cancrøse Prominenser, men vi have desuden andre Symptomer, der kunne lede os i Bedømmelsen af, hvormeget af selve rectum's Tykkelse er afficeret.

Her er jo involontær Afgang af Excrementer; deraf kan man slutte, at der næppe mere findes noget Muskellag, der kunde contrahere sig og virke som en Sphincter. Det er nu en aldeles inert Canal. Man kan vist ogsaa sige, at de rectum omgivende Dele ere afficerede, saaat Sygdommen, der nok er begyndt indvendig fra, tilsidst har

angrebet Cellevævet udenom; det slutter jeg af Svulstens Ubevægelighed, thi naar man hager Fingeren omkring nogle af de prominerende Knuder og prøver paa at bevæge dem, kunne de hverken forskydes til Siderne eller trækkes nedad, hvilket maatte kunne gjøres, naar Cellevævet omkring rectum var naturligt. Vi have rimeligviis en Sammenvoxning af Svulsten med Forfladen af os sacrum.

I hvilket Forhold staaer den dernæst til Urinorganerne? Fører man et Catheter ind og dreier det saaledes om, at Spidsen af det vender imod den bagerste Væg af vesica, kan man tydelig føle denne Spids med Fingeren indført i rectum. Tykkelsen af det mellemliggende Lag synes derfor normalt og vesica er rimeligviis ikke draget ind med i Degenerationen.

Naar man taler om en cancer, som er forbundet med Blødning, kunde det synes underligt, at en saadan kunde bestaae i flere Aar, uden at medføre Døden eller ialtfald betydelige Forstyrrelser i Patientens Befindende; ved at betragte vor Patient vilde man ikke faae nogen Formodning om at han leed af nogen alvorligere Affection. Men i Deres senere Praxis ville De nok erfare, at cancer recti er een af de Sygdomme, som — man kunde fristes til at sige: destoværre — kunne vare i mange Aar; naar De første Gang consuleres af en saadan Patient, ville De ofte finde saa betydelige Svulster, at De med god Grund kunne antage, at de ere begyndte for flere Aar siden, og dog vil man see ham leve maaskee 2—4—6 Aar endnu. Man maa næsten ønske for den Syges Skyld, at han ikke skal leve saalænge, thi netop naar Sygdommen fortsætter sig

igjennem en længere Aarrække, ville Lidelserne være ganske overordentlige i den sidste Tid.

Naar man altsaa har sagt, at cancrøse Svulster i Almindelighed vare mindre maligne naar de optraadte i rectum end paa de fleste andre Steder af Legemet, saa er det kun at forstaae saaledes, at de ikke hurtigt medføre nogen lethal Udgang, thi naar vi tage Hensyn til Patientens Lidelser, ere de i høi Grad ondartede.

Imidlertid er det dog ikke i alle Tilfælde, at Sygdommen er saa protraheret; den kan jo forløbe paa forskjellige Maader. Undertiden gaae de Syge til Grunde igjennem en Hectik, som Følge af Ulcerationer, Blødninger, Udtømmelse af Kræfterne, men hyppigere skeer det ved en tiltagende Tillukning af hele Lumen af rectum, en Obstipation der tilsidst bliver complet. Naar der da er kommet en definitiv Retention af fæces, ophobes de ovenfor Stricturen og udspile S romanum; denne Udspiling kan endog gaae saa vidt, at vi tilsidst faae en Ruptur, med deraf følgende peritonitis, der hurtigt medfører Døden. Endvidere kan peritonitis ogsaa opstaae ved en Ulceration af selve Svulsten, som endelig aabner cavum peritonæi. De see altsaa, at Døden kan indtræde temmelig hurtigt under visse Forhold, nemlig naar en acut forløbende peritonitis slaaer sig til Sygdommen, men dernæst ogsaa som Følge af de forskjellige operative Indgreb, man har benyttet, enten disse vare mere palliative eller mere radicale Operationer.

Kunne vi for vor Patients Vedkommende have nogen Formodning om, hvorledes hans Sygdom vil ende? Naturligviis er han udsat for alle de lethale Udgange, som vi

ovenfor have nævnet, dog kan man for Øieblikket vistnok udelukke Tillukningen som Dødsaarsag, idet Excrementerne i den senere Tid ere afgaaede i rigelig Mængde, skjøndt involontært. En peritonitis ved Gjennemulceration er der for Tiden heller ikke Udsigt til, da Svulsten endnu ikke har naaet saa højt op, at cavum peritonæi staaer Fare for at aabnes; en Ruptur af flexura coli er ligesaalidt nær forestaaende.

Hæmorrhagier har den Syge egentlig ikke havt, ialtfald ikke saadanne, som kunde være livsfarlige. Vi kunne derfor foreløbig maaskee betragte Hectiken som den meest truende Complication.

Kunne vi nu gjøre Noget for ham, da han er reist herover fra Jylland for at underkaste sig en chirurgisk Behandling? Ja! det er ikke Behandlingsmaader, der mangle, thi man har tilraadt og brugt mange forskjellige operative Midler for Sygdommen. Lad os kortelig gjennemgaae dem. Vi have deels den radicale Cuur, der naturligviis skulde bestaae i Borttagelsen af hele det syge Parti, deels den palliative, som væsentlig er rettet imod Tillukningen af rectum og imod Smerterne. Men disse to Symptomer falde for en Deel sammen, thi Smerten har især sin Oprindelse fra den forhindrede Udtømmelse af Excrementer. Baade smerter det ham, at fæces passere igjennem den syge Canal og endnu mere lider han ved at de slet ikke passere og følgelig udspile de ovenfor liggende Intestinaldele.

Som de bedste palliative Midler maatte man derfor nævne dem, der skaffe Patienten Afføring og af dem forekomme mig laxantia at være at foretrække. Naar man

paa den Maade kan formindske Consistensen af Excrementerne og bevirke en Contraction af colon, som skyder hine ud igjennem rectum uden at forvolde den Syge altfor megen Smerte, vil han kunne friste en taalelig Tilværelse i lang Tid. Derimod er jeg ikke nogen stor Ynder af de afførende Midler, der applicerer nedenfra, jeg mener Injectioner enten med en almindelig Lavementsprøite eller med Clysopompe. Rigtignok raade de Fleste til at skaffe Patienten Aabning ved gjentagne daglige Lavementer, men det forekommer mig, at jo mere man localt irriterer den cancrøse Svulst, desto raskere skrider Ulcerationen af den frem, saaat jeg hellere undgaaer Anvendelsen af dem. Af samme Grund har jeg heller ikke nogen Tro til Nytten af Dilatation af rectum ved Bougier, thi rigtignok vilde den Syge finde en temporær Lindring i at Canalen udvidedes, da man baade skaffede Excrementerne lettere Afgang og igjennem det dilaterede Parti kunde føre elastiske Rør op i colon til at injicere og udsprøite denne, men samtidig befordrer man ligeledes Ulcerationen.

I det Hele er det derfor min Mening, at man skal røre saa lidt som mulig ved det Syge; jo mere man kan lade det have Ro, desto bedre, og hvis man kunde opnaae, at hverken noget fremmed Legeme nedenfra eller Excrementerne ovenfra kom til at irritere det afficerede Parti, vilde Patienten være allerheldigst stillet. Men er det muligt? Ja! vi have netop en Operation, som er istand til at løse den Opgave, og det er Callisen's (eller Amussat's) Operation: Colotomien. Ved at anlægge en kunstig anus igjennem venstre regio lumbalis ind i colon descendens, skaffe vi rectum fuldstændig Ro og vi høre nutildags, navnlig fra

England, at denne Operation udføres overordentligt hyppigt. Den har dog endnu ikke fundet Indgang i mange andre Lande, hvad der jo let forklares af, at den deels er i sig selv vanskelig og deels medfører en høist ubehagelig — man kunde vel sige en væmmelig — Lidelse for Patienten i hele Resten af hans Liv. Jeg har hverken foretaget den selv, eller seet den foretage, men jeg kan ikke nægte, at den er rationel, naar vi betragte den fra et theoretisk Standpunct; et andet Spørgsmaal er det, om der ikke practisk maa gjøres den Indvending imod den, at den er altfor farlig, thi man kan næppe svare for, at den ikke skulde kunne give en dødelig peritonitis. Maaskee man med Tiden vil blive mindre bange for at forsøge den, naar man efterhaanden har faaet mere Øvelse i den og mere Erfaring for dens Gavnlighed; jeg vilde i den Henseende minde om, og stille den ved Siden af, Tracheotomien, som jo har noget lignende Indicationer og som i de senere Aar, efterat den er blevet mere almindelig, har givet langt bedre Resultater end forhen. Men der er paa den anden Side den store Forskjel imellem de to Operationer, at Colotomien besværer Patienten for hele hans Levetid med en anus artificialis, medens Tracheotomi-Aabningen for det Meste er temporær og selv om den blev permanent, dog ikke er nær saa piinlig for et Menneske.

Endelig skulle vi omtale den radicale Cuur: Exstirpationen af den cancrøst degenererede rectum. Det var især Lisfranc*) i Paris, som for 30—40 Aar siden tog Excisionen i Forsvar og udførte den mange Gange; hans Methode bestod i 2 semilunære Incisioner, een til høire og

*) død 1847.

een til venstre Side af anus, hvilke gik udenom alt det Cancrøse, og som han fortsatte i Dybden opad, indtil han havde dannet en heel Cylinder, der strakte sig over den øverste Grændse af den syge Deel, som nu exstirperedes i eet Stykke. Af Ulemper ved Lisfranc's Operation har man først Blødning, som kan være vanskelig at bekjæmpe, da den kommer fra en Mængde smaa Arterier, tildeels maaskee liggende dybt inde. Man kan ofte have Vanskelighed ved at see disse blødende Puncter, og endnu større Vanskelighed ved at faae fat paa dem og standse Blødningen, saaat der undertiden ikke er Andet for Lægen at gjøre, end at paaskynde Operationen og naar saa det Angrebne er bortskaaret, da at cauterisere eller tamponere hele den derved dannede Huulhed. Disse Hæmorrhagier ere i det Hele saa betydelige, saa farlige, at man alene af den Grund kunde betænke sig meget paa at bruge Kniven.

En anden, til Operationen medbestemmende Omstændighed er, om rectum er mobil. Hvis den endnu er det og hvis Cellevævet i Omfanget ikke er angrebet, altsaa heller ikke har fæstet den til de nærmeste Dele, vil det være langt lettere at excidere det Cancrøse, fordi man da kan trække det ned med Instrumenter efterhaanden som man dissekerer det mere og mere løst.

I den nyere Tid har man forøvrigt atter begyndt at udføre Excisionen noget hyppigere og man har troet, at Udførelsen kunde blive baade lettere og mindre livsfarlig ved at anvende andre Midler til Operationen end Kniven; saaledes har man villet benytte deels Chassaignac's Ecraseur, deels Cauterisation (enten ved det galvaniske eller ved Pa-

quelin's Cauterium). Hvad der ogsaa kunde lette Exstirpationen var at combinere den med den af Verneuil anbefalede rectotomia, som bestaaer i at man, for at faae bedre Plads, først gjennemskjærer hele Partiet fra anus til os coccygis i linea media.

Et meget væsentligt Hensyn ved disse Operationer er, at man undgaaer at aabne peritonæum. De erindre, at Længden af rectum hos et voxent Menneske er omtrent 7 Tommer og og at den falder i 3 Dele. Den øverste Deel, som udgjør omtrent Halvdelen, er omgivet af peritonæum, den midterste Portion, som ligger bag vesica, beklædes derimod kun paa sin forreste Flade — endelig har den nederste Deel, som gaaer fra prostata bagtil og nedad, slet intet peritonæalt Overtræk. Skal man derfor gaae saa høit op for at borttage Svulsten, at man kan komme til at aabne cavum peritonæi, maa dette betragtes som en Contraindication. Altsaa omtrent 2—3 Tommer kan man vel fjerne, uden at den nævnte Complication indtræder, men saadanne Uheld ere ikke indtrufne saa ganske sjeldent, endog for udmærkede Operatører. Jeg har saaledes seet det hos Maisonneuve i Paris.

Har man derimod nogle smaa cancrøse Svulster, som sidde lige ved anus, vil man naturligviis kunne bortskjære, bortklippe eller bortcauterisere dem uden at udsætte sig for nogen Fare af den Art, men De maae alligevel erindre, at selv om Operationen i Øieblikket ikke er livsfarlig, kan den dog blive det ved sine Følger. Venerne paa dette Sted blive, som jeg allerede tidligere har gjort Dem opmærksom paa, hyppigt Sæde for phlebitis og kunne foraarsage en purulent Infection; desuden er der een Fare

endnu for Patienten, nemlig at alle Excrementerne passere — efter Exstirpationen — igjennem en Canal, som kan siges at være gravet ud i Cellevævet og dette gjennemsives let af fæcale Vædsker, som kunne foraarsage en gangrænøs Phlegmone og generelle putride Tilfælde; en Patient, som jeg for en Deel Aar siden saae Nélaton operere, døde af den Grund.

Det er tildeels for at afværge denne Fare, at man har raadet at benytte den „galvaniske Kniv“ eller at trække den øverste Deel af rectum saa langt ned, at den kunde fæstes til anus; men under alle Omstændigheder forekommer Exstirpationen af et større Parti af rectum mig at være et utilfredsstillende operativt Indgreb og ligesom jeg endnu aldrig har kunnet beslutte mig til at udføre den, saaledes vil jeg heller ikke tænke paa at foretage den hos vor Patient.

Efter hvad jeg nu her har udviklet for Dem idag om det foreliggende Tilfælde, ville De altsaa indsee, at jeg betragter cancer recti næsten som et noli me tangere. Det er efter min Anskuelse en trøstesløs Sygdom, som forværres ved hver local Behandling og som egentlig kun har een Indication: at lindre Tilstanden saa godt som muligt.

I Modsætning til den forrige Patient, der havde en Svulst, som jeg antager for inoperabel, kan jeg her vise Dem en Kone, som ogsaa er kommet ind for at opereres for en Tumor recti, men hvis Sygdom er af en ganske anden Beskaffenhed og Prognose. Hun er omtrent 40 Aar gammel og har i de senere Aar jævnlig liidt af temmelig betydelige Blødninger per anum, men er forøvrigt ret vel;

ialmindelighed vil man tænke paa Hæmorrhoidalsvulster eller paa en cancer, naar en ældre Person klager over Blodafgang fra rectum, og en saadan Diagnose a priori vil ogsaa for det Meste vise sig rigtig.

Her have vi dog et Tilfælde, hvor Grunden er en anden, nemlig en Polyp, hvad der i hendes Alder er en stor Sjeldenhed; hos Børn, navnlig i de første Børneaar, er Sygdommen ingenlunde sjelden, og naar vi consuleres for Blødninger fra anus hos et Barn, kunne vi næsten forud formode Tilstedeværelsen af en polypøs Svulst, men det er aldeles exceptionelt at træffe det hos Ældre.

Hvad forstaae vi da ved en Polyp i rectum? Ved at omtale Sygdommen i Næsen i en tidligere Forelæsning sagde jeg Dem, at Polyper er et generelt Udtryk for de Svulster i mucøse Caviteter, som tendere til at antage en petiolat Form, men at de i anatomisk Henseende kunne være meget forskjellige, og at Hovedformerne vare de mucøse (eller vesiculære) — de fibrøse — og de cancrøse. Men desuden findes, som jeg sagde Dem dengang, endnu en Art Polyper, nemlig de glandulære eller Adenomerne; i Næsens Huulhed ere de ikke almindelige, derimod udgjøre de det store Fleertal af dem, der træffes i rectum og have hyppigt en meget udtalt petiolat Form, saaat de endog kunne være fæstede til en tynd Stilk af en Tommes Længde eller mere: Stilken er ofte kun af en Strikkepinds Tykkelse, og selve Svulsten, som er rød, lappet, blød som et Lipom, kan bedst sammenlignes med et Jordbær, baade i Henseende til Udseende og Størrelse.

I det Hele have de en benign Characteer, recidivere sjeldent og kunne med stor Lethed fjernes, men naar de

findes hos gamle Folk, er Prognosen dog maaskee lidt mindre god, idet de — ligesom jeg har sagt Dem, da jeg talte om Polyadenomerne i Ansigtet — ved en stærkere Udvikling af det epitheliale Væv, gaae over til at blive Epitheliomer (Broca). Jeg har eengang hos en ældre Mand borttaget en saadan Polyp, af Størrelse som en Valnød, hængende fast ved en Stilk, saa tynd som et Seglgarn, og 5—6 Aar efter saae jeg ham igjen; da havde han en sessil, haard Tumor paa det samme Sted, han leed af stærke Smerter, var meget emacieret og, da jeg antog Sygdommen for at være cancrøs, prøvede jeg ikke paa at exstirpere den.

Explorationen igjennem rectum vil ialmindelighed strax oplyse os om Sygdommens Natur, idet vi lige indenfor anus træffe paa en rund, blød Svulst, som glider bort for Fingren saasnart man forsøger paa at fatte den; den er i høi Grad mobil paa Grund af den tynde lange petiolus, og derfor kan den undertiden under Defæcationen komme heelt frem udenfor orificium ani, men trækker sig for det Meste tilbage igjen. Stilkens Udgangspuuct kan være tæt indenfor anus eller 1—2 Tommer oppe i rectum; her vil jeg jugere Insertionsstedet til at være omtrent 1½″ oppe i rectum paa dennes Forflade; og Svulsten er omtrent som et stort Kirsebær.

En Polyp, som sidder lige indenfor anus er meget let at fjerne; man kan torqvere den indtil Stilken er revet over eller binde en almindelig Ligaturtraad omkring denne og klippe af nedenfor; sidder den derimod høit oppe, kan det være lidt vanskeligere, navnlig fordi Svulsten pleier at være saa bevægelig at man har Besvær med at holde den

fast, og fordi man ikke godt kan føre en blød Traad op om Stilken. Jeg har derfor tænkt, her at bruge en Slynge af tykkere Staaltraad, som lettere kan bringes ovenfor Svulstens Udspring og saa snoe den sammen.

De saae, mine Herrer, at Exstirpationen gik langt nemmere end jeg havde antaget; jeg fik fat paa Svulsten og trak den heelt ud af anus, saaat jeg kunde binde en simpel Traad om den tynde Stilk og derefter klippe den over. Svulsten ligner meest et Morbær af Form og er næsten saa mørkerød som denne Frugt.

22.

Orchitis chronica. — Fungus benignus. — Orchitis suppurans. — Hæmatocele.

Mine Herrer!

Jeg skal idag vise Dem nogle Patienter med Sygdomme i scrotum, og den første af dem see De her. Det er en Mand imellem 40 og 50 Aar, af sundt og kraftigt Udseende, men han har en betydelig Svulst i scrotum, hvorfor han er indkommet paa Hospitalet for nogen Tid siden. Vi finde da, at Svulsten har sit Sæde i begge Sider af scrotum, men raphe, der normalt skulde indtage Midtlinien, er her skudt over til høire Side og viser os altsaa, at høire Halvdeel er mindst. Integumenterne føles af naturlig Consistens, men indenfor dem træffer man en ujevn, lidt knudret, haard tumor, eller rettere to, een i hver Halvdeel, aldeles adskilte fra hinanden; desuden sees der paa Forfladen af den venstre en Aabning af en Ærts Størrelse, og derigjennem skyder en lille Prominens sig frem, som nærmest kunde sammenlignes med Granulationsvæv.

I gamle Dage vilde man nu vistnok strax have diagnosticeret en Cancer og som Følge deraf have foretaget en Exstirpation; men en saadan Diagnose vilde være feil. Der findes jo nemlig en Svulst i begge Sider, og dette taler

allerede imod en Cancer, da denne Sygdom yderlig sjeldent træffes i begge testes. Dernæst angiver Patienten, at Svulsten er begyndt for 5 Aar siden og at den er opstaaet efter et Slag; hvis dette er correct, hvad der vel ikke er Grund til at betvivle, saa taler det ogsaa imod en cancrøs Degeneration, da der ellers vilde være indtraadt betydeligere Tilfælde som Følge deraf, og desuden seer han aldeles ikke cachectisk ud. Aabningen i scrotum har tidligere været tilstede, har derpaa lukket sig og er nu brudt op igjen; dette taler ligeledes imod en Cancer.

Hvilken Slags Svulst have vi da her for os? Det er vistnok en chronisk orchitis. De vide, m. H., at det er en Sygdom, hvis Existens man snart villig har antaget, snart næsten heelt forkastet. A priori er der jo Intet iveien for at admittere en chronisk Form af orchitis, ligesaagodt som af enhver anden local Inflammation; ikke destomindre nægtede en Mængde Chirurger for en Snees Aar siden nogensinde at have seet et Tilfælde af reen chronisk orcbitis; Nélaton betvivlede saaledes meget dens Tilværelse og jeg har mange Gange hørt ham sige, at den idetmindste maatte være een af de allersjeldneste Sygdomme, da han i sin udbredte Praxis ikke traf Exempler paa den.

Det kommer da an paa, hvad man vil forstaae ved dette Ord; at en acut orcbitis kan trække i Langdrag, og altsaa blive chronisk, vil Ingen benægte, men det er den essentielle chroniske Form, som der er gjort Indsigelse imod, idet man paastaaer, at det der kaldes en chronisk er en tuberculøs eller en syphilitisk Affection af testis. Jeg troer dog at man bør antage en simpel chronisk

orchitis; en saadan angriber sædvanlig sunde Personer i den voxne Alder og kan ofte henføres til et Trauma; den kan opstaae fra sin første Begyndelse som en chronisk, temmelig indolent Svulst, der saa voxer lidt efter lidt og bliver efterhaanden haardere af Consistens, saaat den omtrent er at føle paa som en scirrhus, hvilken Degeneration saagodtsom aldrig findes i testis. Senere kan der nu komme en Aabning ind til selse testis og Fremskydning af en halvfast Masse, den saakaldte fungus benignus. Denne Proces, som først er beskrevet i Begyndelsen af dette Aarhundrede af engelske Læger, A. Cooper, Lawrence og senere Curling, gaaer for sig paa den Maade, at Exsudatet tiltager mere og mere, endelig kommer heelt ud til tunica albuginea, denne emollieres, der kommer et Gjennembrud af den, Integumenterne perforeres ogsaa og nu skyder en Deel af testis sig ud af Aabningen. Den fremskudte Masse kan voxe og udbrede sig som en Champignon, en Svamp (fungus) — hvorved tilsidst hele Substansen af testis kan gaae bort og tunica albuginea bliver tom.

Men hvorfor skulde vi nu ikke antage, at det her var frembragt enten ved en gummøs eller en tuberculøs tumor, som var emollieret? Hvad Syphilis angaaer, da benægter han det bestemt, eg der er ialtfald intet syphilitisk Symptom at opdage paa noget andet Sted af Legemet. Kunde det da maaskee være en tuberculøs Affection? Denne viser sig vistnok ved Svulst, Emollition og Perforation og er langtfra sjelden, men den udgaaer som oftest fra epididymis og begynder her med enkelte smaa haarde Knuder, der meest ligne de Indurationer, der kunne blive tilbage efter en gonorrhoisk epididymitis; der komme ialmindelighed flere

adskilte Haardheder med kortere eller længere Tids Mellemrum, de emollieres successivt og udtømme, naar de bryde igjennem Huden, lidt puriform Vædske, hvorefter Perforationsaabningen pleier at blive fistuløs og holde sig uforandret i lang Tid, men kan dog tilsidst lukkes spontant. Derved er Patienten dog ikke helbredet, fordi den ene tuberculøse Absces følger efter den anden, og ofte angribes begge testes paa samme Maade.

Her have vi derimod en eensformig, noget ujevn Svulst, som mere indtager testis end epididymis, som ikke frembyder de eiendommelige, nøddestore, discrete „Knuder“, som heller ikke er efterfulgt af en purulent Fistel og kortsagt snarere har Characteren af en generel, bilateral Intumescens end af flere tumores. Desuden er her et negativt Tegn, idet jeg ved Explorationen igjennem rectum ikke opdager noget Sygeligt i Regionen af prostata, og det er Noget, som Erfaringen har viist, at en Tuberculose af epididymis meget almindeligt compliceres med en lignende Affection ved vesiculæ seminales.

Jeg troer derfor at vi have en temmelig godartet Sygdom, idetmindste at den ikke medfører Fare for Patientens Liv; derimod er den meget langvarig og vil endog næppe kunne helbredes fuldstændigt. Vi kunne deels anvende indvendige, deels udvendige Midler; Patienten har ligget her paa Afdelingen eengang tidligere, for lidt over et Aar siden, da brugte jeg en Jodbehandling, men han lod sig udskrive efter et Par Ugers Forløb uden at Curen havde bevirket nogen synderlig Forandring i hans Tilstand; nu har jeg begyndt — efter engelsk Maneer — at give ham Sublimat, og jeg synes at den venstre testis er blevet lidt

mindre, høire er derimod vistnok ikke forandret. Forrige Gang brugte jeg i nogen Tid Compression med Heftplastre, men da den ikke kunde taales, fordi den fremkaldte Excorationer, fik jeg ikke nogen Virkning at see af den; jeg vil heller ikke gjøre noget nyt Forsøg med denne Methode, men prøve nogle af de andre udvendige Midler, som man har anbefalet, for at faae hævet den fortsatte Udskydning af Substansen af testis, thi den ovenomtalte „fungus" er ikke andet end tubuli seminiferi med emollierede Exsudater. Man har deels brugt at skjære, klippe eller cauterisere den fungøse Masse bort, deels har man forsøgt at hindre dens videre Udvikling ved at lukke Granulationen inde. Det er Syme's Methode og bestaaer i, at man dissekerer Huden løs i Omfanget af Perforationen; den derved dannede Lap trækkes da over den fremskydende tumor og syes fast, naar man har faaet hele fungus bedækket. Hvis denne plastiske Operation lykkes, kan man derved holde den fungøse Prominens inde og hindre det fortsatte Tab af testis-Substans. Imidlertid vil jeg for Øieblikket nøies med at cauterisere ved Hjælp af Chlorzink, da det dog muligen kunde være tilstrækkeligt til at faae Saaret cicatriseret.

Jeg har dernæst en Patient at vise Dem, som ogsaa har en Sygdom i testis med en Aabning igjennem scrotum; men det er dog et heelt forskjelligt Forhold fra, hvad vi fandt i det forrige Tilfælde, men det er heller ikke en Cancer. Her er en betydelig Forstørrelse af venstre Side af scrotum, og paa dens forreste udvendige Flade sees et Substanstab igjennem Integumenterne, omtrent saa stort som en Krone; denne Aabning er dækket af Granulationer

og ved Tryk i Omfanget udflyder en stor Mængde godt Pus af den.

Patienten, en ældre Mand paa 64 Aar, har været her i en Maaned; han kom ind med en retentio urinæ, vesica var stærkt udspændt og han havde betydelige tenesmi; allerede i lang Tid havde han bemærket, at Urinstraalen stadig blev mindre og svagere, og endelig indtraadte der en fuldstændig Standsning af Urinen kort før hans Indlæggelse. En tilkaldt Læge indførte et Catheter, men fik først Urinen udtømt efter gjentagne Forsøg og efterat der var udflydt en stor Mængde Blod af urethra; da Cathetrisationen vedblev at være lige vanskelig og da han fik heftige Smerter med Svulst i venstre Side af scrotum, indlagdes han her.

Efter Patientens Alder maatte man formode en Hypertrophi af prostata, og der var da stor Sandsynlighed for, at vedkommende Læge havde med Catheteret dannet en falsk Vei, hvoraf fulgte først Blødning per urethram, derpaa tiltagende Vanskelighed ved at indbringe Catheteret de næste Gange og endelig en Svulst i den ene Halvdeel af scrotum, hvilket vi altsaa vilde kalde en urethral orchitis. Da vi undersøgte ham ved Indlæggelsen, opdagedes ved Exploration igjennem rectum en meget forstørret prostata, hvorved altsaa den Deel af Diagnosen bekræftedes; dernæst fandtes venstre Side af scrotum tiltaget i Volumen, saaat Svulsten omtrent var af et Gaaseægs Størrelse, men den viste sig ingenlunde som en almindelig urethral epididymitis, thi Integumenterne vare mørkerøde, ømme, pastøse, kortsagt af phlegmonøst Udseende, og paa det Punct, hvor vi nu finde den store Aabning, var der et halvfluctuerende

Parti; Svulsten hidrørte naturligviis ikke alene fra de udvendige Bedækninger, men beroede tillige paa en Volumenforøgelse af de indeholdte Dele, uden at man bestemt kunde skjelne imellem testis og epididymis. Ialtfald var det sikkert, at vi ikke havde den almindelige Hævelse af epididymis, thi selve testis var vistnok i langt høiere Grad svullen eller udgjorde maaskee endog alene hele Svulsten.

Ved at indbringe et Catheder syntes dette at stoppe allerede i den bageste Deel af pars penis, saaat man kunde komme til at tænke paa en Strictur her, men ved at dreie Snabelen til den ene Side, passerede det dog igjennem den tilsyneladende Coarctation og mødte kun nogen Hindring, da man naaede til prostata; imidlertid lykkedes det at føre det heelt ind i vesica og Urinen udtømtes uden at der indtraadte nogen Blødning. Grunden til den første Standsning var aabenbart kun en Deviation af urethra og beroede paa, at den betydelige Svulst af venstre Halvdeel af scrotum havde trykket urethra noget over mod høire Side. Det er ikke ualmindeligt, at man møder nogen Modstand i saadanne Tilfælde; ved store Hydroceler ville De f. Ex. ofte træffe det, og jeg vil derfor bede Dem erindre dette Forhold, for at De ikke skulle lade Dem narre deraf og troe, at der er en Strictur; man kan da maaskee forledes til at prøve tynde Bougier for at komme igjennem det supponerede snævre Sted, medens tvertimod et almindeligt tykt Catheter netop føres lettere igjennem, naar man blot passer at lade det følge med Bøiningen af urethra.

Urinretentionen var altsaa hævet, men vi havde endnu den phlegmonøse Hævelse i scrotum; hvad havde foran-

lediget den? I de 19 af 20 Tilfælde, naar der af urethral Aarsag opstaaer en inflammatorisk Lidelse i scrotum, er det en epididymitis, som ikke suppurerer, men resolveres efter kortere eller længere Tid, i Gjennemsnit vel i omtrent 3 Uger, saaledes at der efter den Tid kun findes enkelte haardere, men indolente „Knuder“ i epididymis, især i dennes cauda. Disse Reciduer have kun Betydning for Udtømmelsen af semen, idet — som Gosselin har beviist — denne ikke kan foregaae ved Copulationen, saalænge Indurationerne ere tilstede, fordi vas deferens ikke er permeabel, men Patienten vil forøvrigt ikke have nogen Ulempe deraf og vil kunne gaae omkring uden Smerte eller Gene, og efter nogle Maaneders Forløb ere for det Meste Haardhederne heelt svundne; men hos vor Patient maatte der, efter hvad Undersøgelsen viste os, vistnok være Suppuration. Jeg gjorde ogsaa, kort efter Indlæggelsen, en Incision, hvorigjennem udfløød en stor Mængde Pus, hvilket syntes at ligge i en aflukket Huulhed i tunica vaginalis propria; det er denne Incision, som efterhaanden har forstørret sig og nu sees som en betydelig Aabning. Hvor Suppurationen oprindeligt har dannet sig, er dog ikke ganske klart, om vi enten skulle antage at det er en Absces i testis, som efter et Gjennembrud af tunica albuginea har udtømt sig ind i et Parti af tunica vaginalis propria, eller at det har været en primær suppurativ vaginalitis paa Grund af den meget intense Inflammation i testis. Efter det tynde Lag at dømme, som bedækkede Pusansamlingen, maa jeg formode, at denne laae udenpaa tunica albuginea, da den blev aabnet, men Huulheden var heelt granulerende, saaat man ikke kunde afgjøre hvad der dannede Abscessens

Vægge. Jeg er dog meest tilbøielig til at antage en suppurativ orchitis, og hvad det navnlig kommer an paa for mig er, at jeg vil udhæve det Exceptionelle i. at en urethral orchitis ender med Suppuration. Dette skeer næsten aldrig ved en Gonorrhoe, derimod har jeg oftere seet det, naar den urethrale Aarsag er et vulnus eller en Dilaceration; saaledes kan det komme efter en falsk Vei i prostata eller efter en Urethrotomi (stricturotomia) eller endelig efter Lithotomier. Hvis De altsaa efter saadanne Traumata finde en inflammatorisk Hævelse i scrotum og især naar De tillige finde betydeligt Oedem i Integumenterne, da maae De altid befrygte en Suppuration.

Nu have vi da faaet Forklaring af Hævelsen i scrotum og den store Aabning, men De indsee da ogsaa, m. H., at jeg havde Ret til at sige, at de to Tilfælde, jeg har fremstillet for Dem idag, maaskee kunne ved en overfladisk Betragtning ligne hinanden, men dog ere høist forskjellige i deres Væsen. Den første Patient havde en chronisk orchitis med Perforation igjennem Huden og en fungus benignus, den sidste derimod en acut orchitis med en Suppuration, der vil forløbe paa samme Maade som ved en almindelig Absces og læges uden at compliceres med en fremskydende fungus.

Den tredie Patient, som vi skulle betragte idag, er maaskee Mange af Dem bekjendt, da han allerede i en Maaneds Tid har ligget paa den medicinske Afdeling. Imidlertid har man tilkjendegivet ham, at hans medicinske Sygdom vistnok var incurabel eller ialtfald at den var saa chronisk, at den ikke egnede sig til en Behandling paa

dette Hospital, saaat han af den Grund maatte vente snart at blive udskrevet.

Patienten, som er en Arbeidsmand, mellem 30 og 40 Aar, var altsaa oprindelig indlagt for en Paralyse eller rettere en Paraplegie; det er dog ikke om denne, jeg nu vil tale, men derimod om en anden Sygdom, han lider af, og paa Grund af hvilken han er overflyttet paa vor Afdeling for at underkastes en chirurgisk Behandling. Han fik for nogle Aar siden en lille Svulst i venstre Side af scrotum, men har saagodtsom ikke ændset den; først i den sidste Tid er den begyndt at voxe og har nu naaet et saa stort Volumen, at den volder ham en Deel Gene. De see her, at den er aflang og af en betydelig Størrelse, omtrent 5″ i Længden. Den findes i scrotums venstre Deel, men strækker sig ikke op til canalis ingvinalis; den har sit Sæde indenfor Integumenterne i tunica vaginalis propria, og det maa være en Svulst, enten af denne selv eller af dens Indhold. Huden kan foldes og løftes op, det er altsaa ingen Elephantiasis; og den har heller ikke sit Sæde i tunica dartos, fordi denne, som bekjendt, løftes med op, naar vi toge en Hudfold i Veiret. Consistensen er blød, elastisk, spændt, som af en Vædske, og der føles tydelig Fluctuation. Vi kunde nu antage, at her var et Hydrocele, og maatte derfor undersøge, om vi kunde føle testis; her findes et Parti nedad og bagtil, som er noget haardere end det Øvrige, og det kunde vi antage for at være testis. Naar man skal føle efter denne er det ikke nok, at Lægen benytter sin egen Følelse, men han maa tillige spørge Patientens Følelse til Raads, idet den Sensibilitet, som er i testis, er af en ganske eiendommelig Art, saaat

han strax kan mærke, om man føler paa testis, eller ikke. I dette Tilfælde angiver Patienten nu ogsaa, at det efter hans Følelse er testis, som svarer til det omtalte haardere Sted. De maae ogsaa undersøge ved Lys, om der kan findes Pelluciditet, om Svulsten er gjennemsigtig. Et simpelt Hydrocele er, som selve Navnet angiver, en Ansamling af en vandagtig eller ialtfald klar Vædske, og heraf følger, at den maa kunne opdages ved Undersøgelse med Lys, naar den kun er bedækket af de spændte Integumenter. Men i dette Tilfælde kan aldeles ingen Pelluciditet opdages. Dette staaer altsaa ikke i Samklang med de andre Symptomer, og vi kunne nu sige, at her ikke er et simpelt Hydrocele. Grunden til Uigjennemsigtigheden kan være, enten at den indeholdte Vædske ikke er gjennemsigtig, eller at det er Bedækningerne, som ikke ere det. Kunde det nu her være Bedækningerne, som vare uigjennemsigtige? Man har jo af og til saadanne Hydroceler, hvor tunica vaginalis er saa fortykket, at der ikke kan sees igjennem den; ja, undertiden kan den være af fibrøs eller cartilaginøs Haardhed, og man har endogsaa talt om Hydroceler, som havde en ossøs Beklædning, men dette er da vistnok meget sjeldent. Naar man her føler paa Svulsten, faaer man en Fornemmelse, som om der var nogle haarde Partier; men den forreste Væg, netop paa det Sted, hvor man undersøger med Lyset, er ikke fortykket, her ere tvertimod Bedækningerne tilsyneladende tynde, saaat vi altsaa ikke kunne antage, at det er Integumenterne, som i dette Tilfælde foraarsage Uigjennemsigtigheden. Vi maae da søge Grunden til denne i, at contentum er uigjennemsigtig. Dette kan enten hidrøre fra, at her vel er en Ansamling, men denne

er uigjennemsigtig, eller at det, der synes at være en Ansamling, i Virkeligheden ikke er en Ansamling, men en meget blød Tumor. Nu vide De, m. H., at vi have en Sygdom, som man først i den nyere Tid har lagt Mærke til, og som man har givet Navn af Hæmatocele. En saadan ligner et Hydrocele i mange Henseender, men adskiller sig ved at indeholde Blod. Men der er en anden Omstændighed, som ledsager den, og det er en Forandring i tunica vaginalis. Gosselin's Undersøgelser have viist, at Hæmatocele bestaaer i, at der dannes en Pseudomembran paa den indvendige Side af tunica vaginalis propria, og at derfra opstaaer et Blodextravasat. Han mener, at denne Fortykkelse er det Væsentligste, og han har indført en særegen Operation for at fjerne den, nemlig en Decortication, som bestaaer i, at „Barken“ skrælles af. Dette Navn er vistnok ret passende; han gjør en Incision, fatter det fortykkede Lag og skræller det af med Fingrene eller Scalpelskaftet eller Kniven, og fjerner saaledes en heel Skal af den nye Membran; derpaa lader han Saaret suppurere,

Er her nu et Hæmatocele? Et saadant opstaaer lidt efter lidt; det er en vaginitis, en Sygdom i tunica vaginalis propria, som medfører Exsudater, og fra dem kommer der Blødning, som fylder Huulheden med Blod. Her have vi flere Ting, som passe derpaa, nemlig Formen, Størrelsen, Uigjennemsigtigheden og den Omstændighed, at man bagtil føler noget Haardt, som efter Patientens Følelse er testis. Men vi kunde maaskee ogsaa forklare Uigjennemsigtigheden paa en anden Maade, nemlig derved, at vi havde ikke en Vædske, men en Svulst. Det hændes meget ofte, at en cancer testis og et Hæmatocele blive forvexlede, selv af

duelige Chirurger. Dette kunde maaskee undre Dem, især naar De tænke paa den gamle Beskrivelse af Cancer, efter hvilken den skal være haard, knudret, perforere Huden, ganske som en cancer mammæ. Men denne Beskrivelse passer slet ikke paa en cancer testis; en saadan er aldrig haard og knudret, men altid blød og fluctuerende; den voxer hurtigere eller langsommere, ulcererer eller perforerer sjeldent Huden, da tunica albuginea jo er meget udvidelig; den behøver ikke at strække sig op af funiculus eller til glandulæ lumbales førend senere, men kan i længere Tid holde sig til testis alene. Erfaringen har nu viist, at disse to Sygdomme meget let kunne forvexles, og i det foreliggende Tilfælde kan man ogsaa vakle imellem dem. En tredie Slags Svulster, som kan findes paa dette Sted, er de cystiske Svulster, sarcocele cystica, som ere bekjendte fra Begyndelsen af dette Aarhundrede, og som ikke ere saa ganske sjeldne. Det er navnlig Astley Cooper, som har beskrevet denne Form af Svulster og leveret en Afbildning; men De maae ikke troe, at en cystisk Degeneration af testis altid seer saadan ud, som hans Afbildning; thi denne viser en cystisk Degeneration uden andre Tilfælde, men meget almindeligt er det at finde en Forbindelse af denne med fibrøse Svulster eller Enchondromer. Snart er den ene, snart den anden Deel overveiende, men næsten altid ere de combinerede, og ofte er det oprindelig en fibrøs Svulst, først senere er der kommet en Cystedannelse til.

Kunde nu dette være en cystisk Degeneration? Jeg troer det ikke; thi en saadan kan nok vise sig fluctuerende, men næsten aldrig paa et saa stort Parti som her; den er

næsten altid multiloculær, bestaaer af en Mængde smaa Cyster. Vi kunne altsaa i dette Tilfælde ikke bestemt angive Svulstens Natur, men kun sige, at her findes en Svulst paa den indvendige Side af tunica vaginalis propria, men om det er et Hæmatocele eller en cancrøs Degeneration kan ikke afgjøres. For at erfare dette vil jeg, som man pleier at gjøre, foretage en Punctur, for at see hvad der flyder ud, og derefter kan jeg saa handle videre. Komme der enkelte Draaber Blod ud, er det vist en cancrøs Svulst, vi have med at gjøre; kommer der derimod en større Mængde flydende Blod, maae vi antage, at her er et Hæmatocele.

Skal man nu i disse to Tilfælde vælge forskjellig Operation? Man kunde jo vælge Gosselin's Decortication naar det var et Hæmatocele, og Exstirpation naar det var Cancer. Men jeg troer dog, at man i begge Tilfælde bør vælge Exstirpation af testis. Thi det er meget tvivlsomt, om denne Decortication virkelig er saa heldig som man i Begyndelsen antog; den efterfølges af en meget langvarig Suppuration, og sædvanligt faaer testis ikke sin fuldstændige Function efter den. En Exstirpation derimod er saa godt som fareløs.

Jeg vil blot med et Par Ord omtale denne Exstirpation. Det er af Vigtighed, at man gjør en temmelig lang, udvendig Incision, og navnlig er det vigtigt kun at gjennemskjære scrotum's ydre Bedækninger. Derefter bortfjernes tumor tilligemed tunica vaginalis; thi det er lettere at tage denne bort, end at aabne den og tage tumor ud, idet tunica vaginalis meget let løsnes fra scrotum, navnlig naar der findes en tumor i den; ofte kan den ligefrem

klemmes ud af scrotum, som Kjærnen af en Frugt. Derpaa underbindes Funiklen, hvorved maa bemærkes, at hertil skal anvendes en meget stærk Ligaturtraad, saa at den kan snøres saa fast, som man vil. Det kommer nemlig an paa at snøre saa stærkt til, at man strax fuldstændigt standser Circulationen i alle de Væv, som ligge indenfor Traaden, hvorpaa man overskjærer Funiklen et Stykke nedenfor. Den tidligere Praxis var da, at hele Huulheden fyldtes med Charpi, hvorved en Suppuration blev bragt i Stand, som sædvanligt tog et temmelig regelmæssigt Forløb, men ofte varede 6 Uger eller mere. Nu indlægges ialmindelighed kun Drainrør og derefter forenes Saaret med Sutur og forbindes antiseptisk. En Contraindication for denne Operation er Tilstedeværelsen af tydelige cancrøse Svulser i regio lumbalis, men saadanne findes ikke her, saa at her aldeles Intet er i Veien for at udføre Operationen.

Jeg skal nu først foretage Punction.

De see, at her flyder en Mængde næsten sort Blod ud, hvilket altsaa viser, at her er en Hæmatocele, og nu føles testis ganske tydeligt i den nederste Deel af scrotum. Jeg vil dog ikke strax foretage Exstirpation, eftersom Membranen ikke er meget tyk og Blodet heller ikke er coaguleret, men først prøve paa at injicere tinctura jodii. Skulde Svulsten komme igjen og hans Tilstand forværres, saa vide vi jo, at det er en Hæmatocele, og saa kan der maaskee senere foretages en Castration, hvis Patienten ønsker det.

23.

Cancer penis. — Strictura urethræ. — Hypertrophia prostatæ. — Urethrotomia.

Mine Herrer!

Jeg skal idag begynde med at vise Dem en Patient, som netop skal udskrives her fra Afdelingen og som vel fortjener at betragtes lidt nøiere, da hans Sygdom hører til de sjeldnere. Det er en 54aarig Snedker, som tidligere altid har været rask, men som i det sidste Aar lider af en Sygdom, som besværer og ængster ham en heel Deel. Paa høire Side af scrotum, ved Overgangen til Abdominalvæggen, see De, at der findes en Svulst, af temmelig mørk Farve, glindsende, prominerende, noget knudret paa Overfladen. Huden, som bedækker den, hænger fast ved den, kan ikke forskydes eller foldes. Den strækker sig heelt hen til Midten af corpus cavernosum penis; opad strækker den sig til Symphysen, og synes her at tabe sig i ligamentum suspensorium. Nedad naaer den til perinæum, hvor man føler et lille Appendix, som er heftet til dens bageste Ende ved anus og som kunde ligne en Hæmorrhoidalsvulst. Begge testes føles naturlige i scrotum, Svulsten

har Intet med dem at gjøre. Funiculus spermaticus føler man ligeledes tydeligt, og den løber ligesom i en Rende af Svulsten, som om denne med sin nedre Flade havde hvælvet sig omkring den. Man kan med Lethed bringe et almindeligt Catheter gjennem urethra og naar man saa bevæger dette til Siderne, mærker man, at Svulsten ikke følger med; den hænger altsaa ikke sammen med urethra. Derimod er den fasthæftet til, og gaaer directe over i corpus cavernosum penis, saaat vi altsaa kunne sige, at han har en tumor, rimeligviis udgaaet fra høire corpus cavernosum penis. Nu bliver Spørgsmaalet: Kan her foretages Noget? Og hvad er det for en Svulst? Den har udviklet sig i Løbet af et Aar, uden at volde ham nogen Smerte, og heller ikke nu klager han sig synderligt ved Tryk paa den; der har aldeles ikke været febrile Tilfælde. Det er altsaa en chronisk Svulst; ingen acut Phlegmone. Er den malign eller benign? Den er haard at føle paa, har skudt sig frem til Huden, saa at den nu er nærved at perforere denne; paa Spidsen er den blød, paa et enkelt Parti næsten fluctuerende: Dette tyder paa, at den er malign. Men her er endnu ingen lancinerende Smerter, og ingen Tegn paa, at den har inficeret Organismen; ingen Glandelsvulster, hverken i ingven eller andetsteds. Den vil dog rimeligviis om kortere eller længere Tid ulcerere, medtage Patientens Kræfter, medføre Infection og tilsidst mors, saa at vi i denne Henseende maae betragte den som en cancrøs Svulst, skjøndt det er meget rimeligt, at Microscopet vil vise, at den i Henseende til sin anatomiske Bygning er en fibroplastisk Svulst, som er udgaaet fra den fibrøse Skede omkring corpus cavernosum. Men i practisk og

clinisk Henseende maae vi betragte den som en malign Svulst, og Prognosen og Behandlingen maae rette sig herefter.

Hvad Spørgsmaalet angaaer, om man skal foretage noget Operativt ved den, saa troer jeg rigtignok, at man paa ingen Maade skal tænke paa at exstirpere den, skjøndt her jo ingen Glandelsvulster findes, og der altsaa forsaavidt ikke var nogen absolut Contraindication for Operation. Men ifølge det Sted, Svulsten indtager, maatte Operationen medføre meget betydelige Læsioner; penis maatte for største Delen borttages, man maatte gaae heelt ned i perinæum, og høit op paa Symphysen. Jeg vil altsaa ikke indlade mig paa nogen radical Cuur, og jeg har derfor heller ikke gjort Noget ved Patienten i de 8 Dage, han har været herinde. Da Svulsten ængster ham overordentlig, har jeg trøstet ham med, at der muligviis kan hengaae længere Tid, inden den vil medføre nogen Fare for hans Liv. Jeg har ogsaa raadet ham til at reise hjem, og ikke tænke paa at faae Nogetsomhelst gjort ved Svulsten, hverken af Homøopather eller kloge Koner.

Skulde De i Deres Praxis træffe et lignende Tilfælde, vil jeg raade Dem til at gjøre det Samme, og ikke indlade Dem paa en Operation under saadanne Forhold, som her. Naar man handler saaledes, vil man bedst undgaae Skuffelser, og i Virkeligheden gjøre den Syge den største Tjeneste.

Jeg skal dernæst foretage en Operation hos denne Mand, som lider af en meget almindelig Sygdom, nemlig en strictura urethræ. Hans Sygdom begyndte for mange

Aar siden (han er nu omtrent 40 Aar gammel) og er blevet behandlet gjentagne Gange. Der har, efter hans Sigende, for 10 Aar siden været en høist aparte Complication tilstede, bestaaende i at der dannede sig en Suppuration omkring vesica, Pusset banede sig Vei bagved os pubis til henimod høire ingven og her gjordes da en Incision, hvorigjennem der i lang Tid udfløð en Blanding af Pus og Urin. Nu er der rigtignok ikke mere nogen Aabning paa dette Sted, men en lidt deprimeret Cicatrice angiver, hvor Incisionen har været.

Han er kommet herind, fordi han bestandig har Besvær ved Urineringen og jeg fandt strax ved Undersøgelsen et forsnævret Parti ved pars bulbosa, en Strictur, som jeg i et Par Uger har forsøgt at dilatere, uden at det er lykkedes. Det vil sige, at jeg vel har opnaaet at faae en temmelig tyk Bougie igjennem flere Gange, men den næste Dag har Forsnævringen atter været den samme. Endskjøndt nu altsaa Patienten vistnok kunde leve med sin Sygdom, naar han lærte at indføre et Catheter og vedblev bestandig dermed, saa troer jeg dog, at jeg kan være berettiget til at udføre en Operation for derigjennem at naae hen til en virkelig Helbredelse.

De vide, mine Herrer, at den egentlige Behandlingsmaade af Stricturer er Dilatation, de 9 af 10 Tilfælde ville maaskee kunne cureres paa denne Maade, og det endog radicalt; men undertiden slaaer Dilatationen ikke til. Det beroer tildeels paa, i hvilken Deel af urethra Stricturen har sit Sæde; sidder den i pars penis, da lader den sig ikke dilatere og da vil jeg raade til at bruge en indvendig Urethrotomi, som kun medfører ringe Fare paa dette Sted.

Det Farlige ved en Urethrotomi er nemlig Brininfiltration og den har man ikke Grund til at befrygte her, saaledes som naar man gjør det i perinæum. Hos vor Patient har Stricturen dog ikke sit Sæde i pars penis, men findes i pars bulbosa, henimod pars membranacea og har en ikke ringe Udstrækning; det viser sig desuden, som jeg har sagt, at den er „elastisk“, d. e. at den efter Dilatationen altid kommer tilbage til sit tidligere Lumen og netop i disse Tilfælde maa man ogsaa gribe til Gjennemskjæringen. Urethrotomien skal dog altid betragtes som en Forberedelse, et Adjuvans til Dilatationen, som efter Operationen foregaaer med stor Lethed, medens det ingenlunde vilde være tilstrækkeligt blot at gjennemskjære Stricturen og saa overlade Sygdommen til sig selv.

De forskjellige Urethrotomer, man tidligere har construeret, have alle været temmelig mangelfulde, først i den senere Tid har man faaet et hensigtsmæssigt Instrument af Maisonneuve; det er hans Urethrotom jeg nu vil benytte, men for at kunne bruge det med Sikkerhed, maa man være vis paa, at det glider nogenlunde let ind i vesica. Jeg vil derfor først forsøge, om der idag er nogen Vanskelighed ved Indførelsen, isaafald vil jeg hellere opsætte Gjennemskjæringen til en anden Dag. Principet for Instrumentet er, at Kniven med Lethed og uden at læedere Væggene kan passere igjennem en urethra med normalt Lumen, men gjennemskjærer de Partier af samme, hvis Lumen er formindsket. Det bestaaer af en tynd Metalbougie, der er forsynet med en Fure paa den ene Side, omtrent som et Itinerarium; det indføres i vesica ved Hjælp af en

tynd, elastisk, helst boutonneret Bougie, som ved at skrues sammen med Itinerariet tjener dette som Conductor.

Man bringer altsaa først Bougien ind og man maa være vis paa, at den er inde i vesica; nu skrues Itinerariet paa og skydes frem, idet den driver Bougien foran sig, som følgelig maa rulle sig sammen inde i vesica. Dernæst skyder man en tynd Staalstang ind i Furen paa Urethrothomen, og denne Staalstang er paa Enden forsynet med en trekantet Kniv, som paa sit Toppunct er stump og afrundet, og netop har en saadan Høide, at den svarer til Diametren af den sunde Canal. Fra dette Toppunct skraane de to Kanter ned, fortil og bagtil, og ere skjærende i hele deres Udstrækning, saaledes at ethvert forsnævert Parti af urethra bliver gjennemskaaret. efterhaanden som Kniven føres frem i Furen, medens de sunde Partier ikke blive læderede. Man trækker saa Staalstangen ud igjen og derefter Itinerariet, indtil Bougien atter kommer frem udenfor glans; nu skrues det af, og i dets Sted paaskrues en Bougie, liig den indlagte; derved har man en Conductor, over hvilken man kan skyde et almindeligt elastisk Catheter, som er aabent i begge Ender. Dernæst uddrages de sammenhængende Bougier, medens Cathetret bliver liggende inde, for at undgaae Urininfiltrationen, som let kunde komme, naar man lod Patienten urinere spontant igjennem den læderede urethra.

Imidlertid løber Urinen ikke altid let ud af Cathetret, idet det kan blive tilstoppet af Blod; man maa derfor anvende den Forsigtighed, i Begyndelsen at lægge Mærke til, om der skulde opstaae nogen Standsning i Udfloddet og hvis

det indtræffer, da strax fjerne disse Coagler ved at indsprøite lunkent Vand gjennem Cathetret ind i vesica.

De saae nu, at jeg udførte Operationn saaledes som jeg havde angivet Dem; kun lykkedes det mig ikke at bringe det elastiske Catheter ind over Bougierne og det er Noget som er arriveret mig flere Gange før. Det kommer deraf, at Bougierne paa det Sted, hvor de ere skruede sammen, ere blevne lidt vel tykke, saaat de ikke kunne passere igjennem Cathetret; jeg maatte derfor indføre dette paa fri Haand, hvilket dog gik temmelig let. Efter to Døgn skal det tages ud og saa ville vi daglig indbringe tykke Bougier for at fortsætte Dilatationen.

M. H! Jeg har endnu een Patient, paa hvem jeg vil anvende Maisonneuve's Urethrotom, rigtignok ikke i den Hensigt at gjennemskjære en Strictur, men for at bekjæmpe en anden sygelig Tilstand, som han har i Urinveiene.

Hans Sygdom, som ligeledes bestaaer i en Dysuri, er omtrent af samme Hyppighed, eller endog hyppigere end Stricturer; den er saa almindelig, at man næsten har villet betragte den som en physiologisk Tilstand, som Noget, der hørte til den ældre Alder, og vistnok kan den ofte være tilstede uden at foraarsage den Syge videre Ulemper, men til andre Tider kan den igjennem en Uræmi føre til Døden, endog uden at Patienten har havt stærkere Smerter førend de livsfarlige Tilfælde indtræffe. Det er en Hypertrophi af prostata.

Naar en Patient som denne, der er ca. 60 Aar, henvender sig til Dem og klager over Besværligheder ved Urineringen saa kan hans Alder allerede give Dem en

Formodning om, hvad det er for en Sygdom, og man kan i Reglen antage, at det er en Hypertrophi af prostata; er det derimod en yngre Mand, maatte man formode Tilstedeværelsen af en Strictur. Naar en Hypertrophi bliver lethal, er det i Almindelighed igjennem en „Paralyse“ af vesica, som man tidligere kaldte det, men det er ikke nogen essentiel Paralyse, idet det kun beroer paa, at Urinen, som Følge af Hypertrophien, holdes tilbage i vesica. Denne mister derved ofte sin Muskelkraft og kan undertiden lade sig udvide betydeligt. Urinen afgaaer sivende, men der finder aldrig nogen fuldstændig Udtømmelse Sted, og nu opstaaer der en catarrhus vesicæ, idet Urinen decomponeres og der dannes Pus. De maae erindre, at Hovedsagen ved Behandlingen af denne Sygdom er at anvende palliative Midler, saaat man kan afværge Infectionstilfælde af Organismen. Derfor maa vesica stadig udtømmes og udsprøites; det er ikke tilstrækkeligt at gjøre det een Gang i Døgnet, det skal gjøres mange Gange, og da Lægen ikke altid kan gjøre det selv, maa Patienten helst lære at gjøre det, Noget, som i Reglen ikke er meget vanskeligt for ham. Derved faaer man Pusset udtømt, Urinen hindres i at stagnere og man modvirker dens Decomposition. For 20—30 Aar siden ansaaes medicamentøse Injectioner for at være det Vigtigste i Behandlingen af en catarrhus vesicæ, men jeg troer, at Udskylningen alene med Vand næsten gjør samme Nytte; ialtfald skulde man istedetfor de medicamentøse Midler, som forhen bleve tilraadte, hellere anvende antiseptiske Stoffer til Indsprøitning.

Jeg skal ved den Leilighed tale til Dem om Cathetrisation, der er en Operation, som De i deres Praxis ofte ville

faae Leilighed til at anvende, og som destoværre tidt nok udføres meget slet. Det er Noget, som man paa et chirurgisk Hospital kan have Leilighed til at erfare, thi det er ingenlunde sjeldent, at Patienter indlægges paa Grund af farlige Tilfælde, som ere Følger af uheldige Cathetrisationer, især da hvor der er noget Sygeligt i selve urethra eller i dens Omgivelser, og maaskee allerhyppigst, hvor der findes en Hypertrophi af prostata. En saakaldet „falsk Vei“ er en meget alvorlig Læsion, idet den kan lede til Døden, og derfor vil jeg indprente Dem at anvende stor Forsigtighed ved enhver Cathetrisation. En fransk Sentens siger: „Intet er lettere end Cathetrisation, naar den er let, og Intet er vanskeligere end den, naar den er vanskelig“, og deri ligger tildeels en Undskyldning for os Læger, naar vi komme uheldigt fra denne Operation, men Uheldet burde ikke indtræffe.

Med Hensyn til Indførelsen af et Catheter i Almindelighed, saa pleier man at sige, at det kan indføres baade fra høire og fra venstre Side. De Fleste holde meest af at staae paa venstre Side af Patienten, hvilket ogsaa i gamle Dage var den almindelige Regel, men i den nyere Tid doceres det af mange Specialister, at man helst skal staae paa høire Side naar man indbringer Instrumenter i vesica, enten det er Cathetre eller Lithoclaster. Naar Tilfældet ikke frembyder videre Vanskelighed, kan man vistnok stille sig ligesaagodt paa den ene som paa den anden Side, men egentlig er det en Vanesag, og for mit Vedkommeende finder jeg, at det er langt lettere at gjøre det fra Venstre, fordi jeg fra Begyndelsen har lært det saaledes og senere er vedblevet dermed.

Ialmindelighed fatter man penis med den ene Haand og bringer Cathetret, som holdes henimod ingven (venstre), ind i orificium glandis, hvorved man maa erindre, at dette normalt er den snævreste Deel af Canalen, saaat man ofte har Vanskelighed ved at presse Instrumentet derigjennem. Skulde orificium være overordentlig snæver, og det er Dem af Vigtighed at bruge et tykt Catheter, maae De ikke frygte for at gjøre et lille Snit nedad med en boutonneret Kniv; denne lille Incision er uden nogensomhelst Fare. Naar De nu skulle bringe Cathetret længere ind, kan man enten stramme penis op over det, eller ogsaa lade det ligesom af sig selv finde Vei uden at trække i penis; jeg foretrækker det Sidste, og hvis man anvender et tungt Catheter (eller en Lithoclast), vil man mærke, at det tildeels ved sin Vægt glider ind i urethra. I det første Tilfælde hedder det sig, at Folderne i den mucøse Membran skulde udglattes ved Stramningen, og Indførelsen derved blive lettere, men det troer jeg ikke rigtigt paa. Civiale, som maaskee er den Chirurg, der hyppigst af Alle har indført Instrumenter i vesica, raadede altid, at man skulde gjøre det saa langsomt, som muligt, og paa en Maade lade det glide ind af sig selv; han brugte i Reglen eet Minut eller endog længere til Indbringelsen, selv i de Tilfælde, hvor der ikke var nogen Hindring tilstede. Herved sparer man Patienten for Smerte og letter sig selv Operationen; naar man derimod skynder sig og derfor f. Ex. trækker penis stærkt i Veiret, saa opnaaer man ikke Andet, end at Muskelfibrene contrahere sig og vanskeliggjøre Indbringelsen. Man kan endog tydeligt føle, hvorledes Musklerne trække sig sammen om Instrumentet og gjøre Modstand imod det.

Derfor er der noget Rigtigt i den tilsyneladende Paradox, som man hører i Frankrig: plus on marche lentement et plus on arrive vite.

Naar vi nu skulle cathetrisere en Patient med en Hypertrophi sf prostata, saa have vi ofte særegne Vanskeligheder, beroende paa, at urethra er devieret eller i visse Retninger comprimeret af Svulsten, men især hidrørende fra, at en Deel af prostata bagfra hæver sig op over og endog dækker orificium internum næsten som en Klap (valvule prostatique), hvilken kan stoppe et Catheter, der har den almindelige Krumning. For at slippe igjennem kan man da anvende en særegen Bøining af Instrumentet, saaledes som vi finde ved Gely's Catheter, idet dettes Krumning udgjør en Deel af en stor Cirkel (Radius 5 centim). Baade paa Grund af, at det er en Cirkelbue og fordi det er tykt (idetmindste 6—7 millim. i Diameter), glider det lettere ind; det ligesom „lister sig“ frem under Valvlen. Mercier's Catheter har den samme Opgave, men opnaaer det ved at have en Bøining som en Lithoclast. Man har ogsaa brugt elastiske Cathetre med Mercier's Krumning af Snabelen; de gjøres især i Paris og ere meget anvendte der, men udenfor Frankrig er Brugen af dem ikke saa almindelig, skjøndt de efter min Erfaring kunne gjøre fortrinlig Nytte ved Prostatasygdom. Endvidere kan man benytte boutonnerede elastiske Cathetre, som egentlig ere coniske, men med en lille Knap paa Enden; idet denne bouton altsaa sidder ligesom paa en tynd Hals, bøier den sig let og gaaer afveien for Modstanden, hvorved den finder ind i vesica. Man skal altid tage dem meget tykke og de kunne være ret gavnlige; der er kun den Ulempe ved dem,

at Øiet maa sidde temmelig langt fra Spidsen, saaat de maa indføres et vist Stykke i vesica førend Urinen kan udtømmes derigjennem, og hvis man lader et saadant Catheter ligge inde, kan den lange Spids trykke imod den modstaaende Væg af vesica og derved gjøre Skade. Man kan endelig ogsaa ved en Stilet give et almindeligt Catheter den Krumning, man ønsker, og ved de engelske Cathetre kan denne Krumning holde sig, naar de ikke opvarmes førend Indbringelsen.

Man kan ialmindelighed kjende de engelske Cathetre paa, at de ere meget stive (ofte lidt klodsede, men derfor ogsaa varigere), af rød Farve og forsynede med en lille Beenknap, hvorimod de franske ere sorte, meget bløde, fine, men derfor mindre holdbare, og næsten altid have de paa Enden en Klump Lak istedetfor Beenknappen. Begge opløses dog af Urinen, især naar denne er ammoniacalsk, og ere ofte aldeles cassable efter et Par Dages Forløb.

Denne Patient har nu i meget lang Tid havt Vanskelighed ved Urinladningen, og han er allerede tidligere blevet behandlet her i Hospitalet for den samme Sygdom, men foruden Hypertrophien er der endnu en Complication, nemlig en calculus, ikke i vesica, men i pars prostatica urethræ. Saadanne Steen kunne være dannede ligesom de almindelige i vesica, men sædvanligt skrive de sig fra selve prostata, ere opstaaede i selve Glandlens Masse og vise sig i Reglen som meget smaa (som et Hampefrø, et Bygkorn) phosphatiske, mørkebrune Concrementer, der kunne være tilstede i stor Mængde, 20 til 30, deels ragende ind i urethra, deels skjulte i prostata's Substans. De findes hyppigst sammen med Hypertrophien, men om de ere dan-

nede ved en Retention og Indtørring af succus prostaticus er maaskee ikke afgjort. Hos vor Patient er der allerede afgaaet et Par saadanne, smaa, kantede, mørkebrune Steen, som fandtes i Urinen.

Naar jeg nu har bragt Cathetret lige ind til orificium internum urethræ, kan jeg tydeligt føle en Skraben imod Instrumentet, men da denne Fornemmelse ikke altid fremkommer lige let, tænker jeg mig, at der lige foran Indgangen til vesica er en lille Huulhed i prostata, hvor den omtalte Steen ligger, men undertiden er mere skjult, saaledes at Cathetret kan føres forbi uden at berøre den. Jeg har flere Gange prøvet paa at løsne den med Cathetret og skubbe den ind i vesica, hvorfra den saa maaskee snarere kunde fjernes, men det er, som sagt, ikke lykkedes, formodentlig fordi den glandulære Valvel, jeg har omtalt, spærrer for den. Jeg antager at her kan gjøres en Gjennemskjæring af det valvulære Parti, hvorved baade Besværlighederne ved Urineringen kunne afhjælpes og tillige den lille calculus skaffes løs. Mercier har, som bekjendt, construeret et særegent Instrument til denne Incision i prostata; det er dannet nærmest som hans Catheter, men i den yderste vinkelbøiede Ende findes en Kniv, der kan skydes frem og tilbage; naar Instrumentet er ført ind i vesica, dreies Snabelen bagtil, saaat den prominerende Portion af prostata kommer til at ligge i dens Concavitet, og ved at trække Kniven frem imod urethra gjennemskjærer man Valvelen. Faren ved at bruge dette Instrument ligger i, at Blødningen kan blive betydelig og vedholdende; Blodet kan frit flyde ind i vesica, og man har havt Tilfælde, hvor den heelt fyldtes med Coagler, medens man forgjæves anvendte

alle Slags Midler for at standse Hæmorrhagien fra Incisionen.

Da Ulemperne ved Mercier's Methode altsaa skrive sig fra, at hans Kniv skjærer altfor dybt, vil jeg her foretrække at benytte Maisonneuve's Urethrotom, som jeg for Lidt siden beskrev for Dem. Vesica skal først udtømmes og udsprøites med lunkent Vand for at undgaae, at den ammoniacalske Urin kommer i Berøring med Incisionssaaret.

De saae nu, m. H., hvorledes jeg udførte Operationen; der kommer lidt Blod ud igjennem orificium glandis, men det stammer fra at denne, som var meget snæver, blev incideret ved at føre Kniven ind, og jeg har sagt Dem, at denne „Dilatation" kan gjøres aldeles uden Fare. Fra den dybe Incision i prostata er der derimod næsten ingen Blødning, thi De saae, at jeg indførte et almindeligt Catheter efter Operationen og injicerede flere Gange Vand i vesica, men det flød ud igjen uden at være meget blandet med Blod. Cathetret skal blive inde i nogen Tid, deels for at Urinen kan udtømmes derigjennem, deels fordi derved udøves et Tryk, som holder Incisionens Rande fra hinanden. Patienten skal dernæst blive rolig i Sengen, og som præventivt Middel imod inflammatoriske Tilfælde vil jeg lægge ham et stort cataplasma emolliens over Abdomen.

24.

Strictura urethræ. — Fistula perinæi. — Retentio urinæ.

Mine Herrer!

Jeg har i forrige Time viist Dem et Par Patienter med Sygdomme i Urinveiene, den ene med en Strictur, den anden med en Hypertrophi af prostata, som Begge behandledes med Urethrotomi. Jeg skal nu idag fremstille Dem nogle Patienter, der lide af analoge Sygdomme, hvilke i det Hele høre til de meget hyppige paa vor Afdeling; jeg antager desuden at det kan være gavnligt for Dem at see endeel forskjellige Tilfælde af den samme Lidelse, fordi den hos de enkelte Individer kan variere meget i sit Forløb.

Hos denne Patient, vi nu see, siger det hele Habitus os strax, at han er langt mere medtaget end de forrige vare; han er 40 Aar, men hans Sygehistorie begynder allerede for 20 Aar siden, idet han dengang havde en Gonorrhoe, hvis Forløb og Behandling han dog nu ikke kan erindre med Sikkerhed. For 14 Aar siden mærkede han for første Gang nogen Dysuri — af en begyndende strictura urethræ —, men han lod den gaae sin Gang uden at søge chirurgisk Behandling, og som Følge deraf tiltoge Besvær-

lighederne mere og mere. Saa henvendte han sig omsider til en Læge, og for 5 Aar og for 3 Aar siden er der gjort Forsøg paa at bringe et Instrument igjennem urethra; men det lykkedes ikke, og han opgav atter at lade sig behandle derfor, endskjøndt hans Tilstand forværredes mere og mere. For 2 Aar siden kom der tillige en større Svulst i perinæum, den brød op af sig selv og udtømte en Deel Pus og Blod.

Under denne lange Lidelsesperiode har hans generelle Tilstand naturligviis lidt i høi Grad; de sidste $1^1/_2$ Aar har han været sengeliggende, han er meget emacieret, febriciterer, har ingen Appetit, kort sagt, han er nu blevet hectisk. Da han kom herind, gik der kun Urin igjennem Aabningerne i perinæum, aldeles Intet igjennem glans; der er altsaa ingen Tvivl om, at Fistlerne ere urinøse, men da Urinen afgaaer i Mellemrum kan man vel tillige antage, at de ere urethrale.

Jeg sagde altsaa at han havde en Strictur, hvorved man forstaaer en bestemt Form af Forhindring for Urinens Udtømmelse igjennem den naturlige Canal. Sir H. Thomson giver følgende Definition paa denne Affection: det er en chronisk, vedvarende sygelig Tilstand i en Deel af urethra, hvorved denne ikke lader sig dilatere som normalt, hverken ved Urinen eller ved Instrumenter. Efter denne Definition udelukkes altsaa de Hindringer, der frembringes af prostata eller af en tilfældig Svulst, der comprimerer urethra, ligesaavel som den spasmodiske Contraction. Den alleralmindeligste Strictur (ogsaa kaldet organisk) er den gonorrhoiske, der dog ofte først viser sig efter et Mellemrum af en lang Række Aar (maaskee 10 til 20), idet dens

Forløb tidt er saa overordentlig langsom, at den har udviklet sig meget længe førend Symptomerne blive i den Grad besværlige, at Patienterne søge chirurgisk Hjælp for den.

Vi skjelne imellem 2 Slags organiske Stricturer: 1) Den som har sit Sæde under den mucøse Membran, i det spongiøse Væv, som er blevet fast og ueftergiveligt, medens den mucøse Beklædning synes uskadt; dette er for det Meste Følgen af en tidligere Gonorrhoe, enten den har været behandlet eller ikke, og det er ikke afgjort, om Stricturen snarere opstaaer naar Gonorrhoen har været behandlet paa den saakaldte abortive Maade — Injection af argentum nitricum — eller naar den har været underkastet en mere antiphlogistisk Cuur. Det Eneste, der synes at være sikkert, er, at navnlig de meget chroniske Blennorrhoer disponere til Forsnævringer i Canalens Lumen. 2) Den anden Art Stricturer er de cicatricielle: den mucøse Membran har liidt en solutio continui, som er helet med Retraction af inodulært Væv, enten det nu har været en Ruptur eller et vulnus eller maaskee en Ulceration, men ialtfald mangle vi her en indvendig mucøs Beklædning.

Hos vor Patient ville vi altsaa antage en organisk Strictur af den førstnævnte Slags og følgelig en saadan, at der maatte være Sandsynlighed for, at den ved temporær Dilatation med Bougier maatte kunne bringes til at lade Urinen passere, endskjøndt vi paa den anden Side maatte vente, at den var overordentlig snæver, eftersom der fandtes Fistler, hvorigjennem den hele Urinmængde nu afgik. For en Deel kan man diagnosticere Tilstedeværelsen af en

Strictur ved Symptomerne og Anamnesen, men en directe Undersøgelse er dog nødvendig, og denne kan foretages saavel udenfra som indenfra. I pars penis vil man ofte med Lethed kunne føle en Strictur som et haardt, fast Parti, der kan fattes imellem Fingrene; men den vigtigste Undersøgelse skeer dog indvendigfra ved Bougier eller Cathetre, og man skal da erindre sig, at den gonorrhoiske Strictur næsten altid har sit Sæde omtrent ved bulbus, undertiden ogsaa længere fortil, aldrig henimod prostata. Stricturen i pars bulbosa er endog saa constant, at den ikke heller pleier at mangle i de Tilfælde, hvor man desuden finder een eller flere længere fortil.

Her begyndte jeg som sædvanligt med at indbringe et almindeligt Sølvcatheter, men med stor Langsomhed og Forsigtighed. Da jeg kom ned til Krumningen af urethra — under arcus infra pubem —, følte jeg, at det stoppede; der var altsaa en Hindring i pars bulbosa. Ved efterhaanden at forsøge forskjellige tyndere Instrumenter, lykkedes det mig tilsidst at bringe et overordentligt fiint, elastisk Catheter igjennem, hvilket jeg lod blive liggende og næste Dag ombyttede med et andet, som var et Nummer tykkere. Nummere betegne Instrumenternes Caliber, men Scala'en varierer eftersom det er franske eller engelske Fabricata; i England gaae Nummerne fra 1 til 12, saaledes at det sidste angiver Lumen af den normale urethra; i Frankrig*) gaae de fra 0 til hvilketsomhelst Tal, idet hvert betyder $^1/_3$ mm., og man antager, at Nr. 21, altsaa Diameter 7 mm., svarer til den sunde Canals Caliber. Det er omtrent som et tykt Sølvcatheter.

*) filière Charrière.

Igjennem det indlagte elastiske Catheter er nu Urinen bestandig afgaaet siden den Tid, medens saagodtsom Intet er udtømt igjennem Fistlerne, men de have dog ikke lukket sig.

Paa hvilken Maade havde disse Fistler nu dannet sig? Den Proces, her er foregaaet, er let at forstaae; vi see den næsten altid forløbe paa samme Maade, naar der findes en Strictur, som ikke behandles. Der opstaaer nemlig ved Urinens Tryk en Dilatation af den bagved Stricturstedet liggende Deel af urethra, en tumor urinarius, en Slags Poche, hvori nogen Urin stagnerer. Herved frembringes en Inflammation i Omfanget, det omgivende Væv infiltreres og fortættes, senere dannes her en Ulceration og en lille Fissur, hvorigjennem lidt Urin kan sive ud, men da den ikke træffer paa sunde Væv, faae vi ingen Urininfiltration, kun en urinøs begrændset Absces, som kan blive større og større og hæve Huden i perinæum i Veiret. Endelig kommer der en Perforation paa denne, hvorved udtømmes Urin og Pus; der er altsaa dannet en Urinfistel. Ialmindelighed vil vel en urinøs Absces blive incideret førend den kan aabne sig spontant, men Følgerne blive dog de samme; derimod kan man af og til see, at Abscessen, istedetfor at perforere Huden, pludselig gjennembryder den superficielle Aponeurose fortil, og da kan den med rivende Hurtighed infiltrere de subcutane Lag i scrotum, paa penis, heelt op imod abdomen, kortsagt, der er ikke mere nogen Begrændsning for den, og hvis man ikke hurtigt skaffer en Udvei for dette urinøse Pus gjennem store Incisioner, kan den fortsætte sin mortificerende Ødelæggelse af Hud og

Cellevæv uden at standse ved Regionen af genitalia. Det bliver da ofte en dødelig Sygdom.

Naar man, saaledes som her, har en Fistel, kan det ikke nytte at ville prøve paa at faae den helet, førend Stricturen er blevet behandlet; man maa begynde med at dilatere urethra, for at Urinen kan udtømmes af den naturlige Vei, og først derefter kan man tage fat paa Fistlen. Det anføres ialmindelighed i Chirurgierne, at det er heldigere at behandle en vanskelig Strictur med en Urinfistel end uden en saadan, og det er vistnok ogsaa sædvanligt Tilfældet, skjøndt det ved første Øiekast kunde synes underligt. Men det er let at forstaae naar man betænker, at ved en Strictur uden Fistel maa man fra Først af sørge for at skaffe Patienten Afløb for Urinen igjennem urethra, medens man, naar der er en Fistel, ikke behøver at haste saa stærkt med Dilatationen, fordi jo Urinen kan flyde ud derigjennem, saaat der ikke er nogen Fare for Urinretention. Hos denne Patient lykkedes det mig jo strax at komme igjennem urethra, men ofte kan det være overordentligt vanskeligt og først naaes efter mange forgjæves Forsøg; er man blot kommet forbi Stricturstedet, er det for det Meste let at komme heelt ind i vesica, fordi det altid er bag Stricturen, at Fistlen findes, følgelig er urethra fra dette Punct af tilstrækkelig viid, da den bestandig passeres af al Urinen. Man maa dog naturligviis tage sig iagt for at komme med Bougien ind i den indvendige Aabning af Fistlen, hvilken Vanskelighed man af og til møder.

Her kan nu Urinen frit flyde ud af det elastiske Catheter, vi kunne altsaa forsøge paa at hele Fistlerne, og

det vil jeg idag gjøre, idet jeg spalter dem og derpaa cauteriserer for at frembringe granulerende Flader, som kunne være tilbøielige til at cicatricere. Patienten er imidlertid meget ængstlig, hvorfor han skal chloroformeres, og imens skal jeg vise Dem Fistlerne.

De see her, naar scrotum løftes i Veiret, en stor prominerende tumor i perinæum, den ligger i Midtlinien, strækker sig fra scrotum hen til anus og viser 3 Aabninger, een stor fortil og to mindre bagtil. Jeg kan bringe Sonden ind igjennem dem alle tre, indtil en vis Dybde, og derved udflyder endeel tyndt, lugtende Pus. Fordi der findes flere udvendige Fistelaabninger er det ingenlunde vist, at der ogsaa findes flere fuldstændige Fistler, thi det er meget almindeligt at have een indvendig Aabning i urethra, som fører ud til forskjellige Steder paa Huden. Det er saaledes Tilfældet her: naar jeg paa eengang bringer 3 Sonder ind i de 3 udvendige Aabninger, mødes de alle i en fælles Huulhed, nemlig Abscessen.

Jeg gjennemskjærer, som sagt, Svulsten saaledes, at Incisionen forener alle 3 Aabninger, og derpaa indbringer jeg en Tampon af engelsk Charpi, dyppet i en Opløsning af Chlorzink; den skal blive liggende indtil den løsnes ved Suppuration, og jeg venter da at have en sund granulerende Huulhed, som efterhaanden vil lukke sig. Patienten skal naturligviis beholde Cathetret inde.

M. H.! Medens vi hos den foregaaende Patient fandt en Forstyrrelse af den normale Udtømmelse af Urinen, bestaaende i, at den afgik igjennem Perinæalfistler istedetfor at passere hele urethra, have vi her et Tilfælde af retentio

urinæ. Da det er en alvorlig Complication, der fordrer en øieblikkelig Indskriden af Lægen, vil jeg først omtale Retention i Almindelighed. Den kan hidrøre fra forskjellige Aarsager; for det Første kan den være et Symptom paa en Paralyse, naar Patienten f. Ex. har en Commotion eller anden Lidelse af medulla spinalis, men dette er dog et sjeldnere Tilfælde. Derimod er Retention hyppigt en Følge af Sygdomme i prostata eller urethra, især Stricturer. Hvorledes forklare vi da, at en Prostatahypertrophi giver Retention? Deels kan man søge Grunden i den mechaniske Hindring, der opstaaer ved Sammentrykning af Væggene i urethra, idet jo Aponeurosen udenom Glandlen sætter en Modstand imod den frie Udvidning af den tiltagende Volumenforøgelse, deels kan den Deel af prostata, der hæver sig ind i Huulheden af vesica, komme til at lægge sig som en Klap for orificium internum (valvula prostatica), men den væsentlige Grund ligger dog i den abnorme Tilstand, hvori vesica bringes som Følge af den besværede Udtømmelse. Hvis nemlig vesica var fuldstændig sund, vilde der maaskee næppe indtræde nogen Retention, og at Muskelkraften, hvorved Urinexcretionen foregaaer, kan voxe ved den tiltagende Forhindring, sees af den Hypertrophi, som saa hyppigt udvikler sig i den musculøse Membran af vesica; men ialmindelighed maa denne tilsidst give tabt i Kampen mod Hindringerne, og nu indfinder sig en Udvidning, en Atonie af vesica. Den bliver ofte stærkt dilateret, saa rummelig at den føles naaende op til umbilicus, men har mistet sin Evne til at contrahere sig, hvilket noksom sees, naar man indfører et Catheter, idet Urinen saa flyder langsomt ud istedetfor at komme i en kraftig Straale. Den

samme Atonie kan iøvrigt ogsaa opstaae mere tilfældigt, naar Patienten enten „glemmer“ eller forhindres i at lade Urinen i rette Tid; Beruselse sees saaledes af og til at være Aarsag til Retention, selv hvor der ikke er nogen mechanisk Hindring for Passagen igjennem urethra.

Hvoraf kommer dernæst Retention ved de organiske Stricturer? Hyppigst vel af den ovennævnte Grund, nemlig af Atonie, men desuden har man villet finde Anledningen dertil i urethra; det kunde saaledes være, at Stricturen successivt var blevet saa snæver, at Urinen slet ikke kunde passere — eller at dens Lumen tilstoppedes ved et lille Concrement eller lidt Mucus — eller at Irritationen paa Stricturstedet medførte en inflammatorisk Svulst, der oblitererede Canalen fuldstændigt — eller endelig at den compliceredes med en spasmodisk Contraction af sphincter vesicæ; kortsagt, man har anført mange Grunde, men det Vigtigste bliver dog vel Atonien, thi naar man ved Punctur og Aspiration udtømmer den udspilede vesica og denne derved atter faaer nogen Contractionsevne, kan Patienten maaskee paany lade Urinen den naturlige Vei uden at man i Mellemtiden har anvendt nogensomhelst Behandling paa Stricturen. Imidlertid vil jeg dog ikke sige, at det er noget fuldstændigt Beviis, thi man har ofte seet en saadan Retention hæves ved et varmt Bad, ved et clysma opiatum eller lignende Midler, og da kunde man med god Ret paastaae, at det var en inflammatorisk Svulst, der var svundet ved Anvendelse af det varme Bad, eller at det var en spasmodisk Hindring, som var fjernet ved opium.

Vi komme imidlertid senere tilbage til dette Spørgsmaal, naar vi skulle beskjæftige os med de saakaldte

inflammatoriske og spasmodiske Stricturer; for Øieblikket vil jeg blive staaende ved den Retention, som vor Patient lider af.

Man kunde maaskee undre sig over, at jeg taler om hans Urinretention, da han netop klager over, at han ikke kan „holde Vandet", men jeg vil bede Dem erindre, at netop dette Udtryk af en Syg i Virkeligheden betyder det Modsatte, nemlig at han ikke kan lade Urinen. Naar en Patient henvender sig til Dem med den Klage, at „Urinen gaaer fra ham hele Dagen", saa er det næsten aldrig en incontinentia urinæ i den Forstand, at han ikke formaaer at holde noget Urin tilbage i vesica, men den betegner en Form af Retention, hvor vesica er saa fuld at den „løber over".

Naar De da indbringe en Catheter, finde De maaskee en Pot Urin, som er holdt tilbage, og Deres Behandling skal da ikke gaae ud paa at hindre Urinen i at afgaae, men i at befordre dens Udtømmelse. Kan man indføre et Catheter, hvad der for det Meste lykkes, naar Tilfældene beroe paa en Prostatasvulst, maae De jevnlig udtømme vesica, saaat den ikke skal udspiles af Urinen. Dernæst vil jeg raade Dem til at forsøge Virkningen af Electricitet, da man derved ofte opnaaer en forøget Kraft af vesica, som viser sig ved at Urinen kommer i en stærkere Straale. Den Maade, hvorpaa jeg pleier at anvende Electriciteten, er meget simpel: et elastisk Catheter, som indeholder en Metalstilet, indføres i vesica, og den ene Pol appliceres paa den udvendige Ende af Stiletten, hvorved altsaa Virkningen vil foregaae paa den indvendige Flade af vesica;

den anden Pol sættes da over symphysis eller bringes igjennem rectum ind imod Bagfladen af vesica.

En anden Behandling bestaaer deri, at man lader et Catheter blive liggende inde; idet Urinen derved bestandig kan flyde ud, hindres Dilatationen af vesica, og denne kan derved maaskee faae noget af sin tabte Contractionsevne tilbage. Men hvis man saaledes vil holde et Instrument i lang Tid inde i vesica, kan det naturligviis ikke gaae an at benytte et Metalcatheter, da dette ikke blot generer Patientens Bevægelser i høi Grad, men ogsaa kan medføre Farer, idet der tilsidst kan komme Ulceration ved Trykket. De Steder i urethra, hvor Trykket især vil virke, ere to, nemlig under arcus infra pubem — hvor den øverste Væg af Canalen comprimeres — og lige ved Indgangen til vesica, hvor den nederste Væg vil lide; værst er det dog, at det stive Catheters Spids vil kunne ulcerere og perforere selve vesica. Derfor maa man bruge elastiske Cathetre, men ogsaa ved disse er der flere Ulemper: benytter man de engelske elastiske Cathetre, ville de ligeledes kunne ulcerere urethra, og tager man de blødere franske, da er det vanskeligt at holde dem inde, idet de, selv om man fæster deres ydre Ende til penis, kunne skyde sig ud af Canalen. Den Maade, hvorpaa jeg holder dem inde, er angivet af Hutchinson i London, og De have rimeligviis ofte seet, hvorledes jeg udfører det; efterat have indlagt et blødt (Nélatons) Catheter, sættes en lille conisk Metaltubus ind i Mundingen, og ved Hjælp af et Par Traade, der fra den omtalte Tubus gaae op paa penis og fæstes med en lang Heftplasterstrimmel til collum glandis, bliver Cathetret tildeels fixeret paa sin Plads; men for at det

ikke skal glide ud, naar penis hænger ned, bringes en Stilet af 2—3 Tommers Længde ind i Røret, hvor den sidder fast som en Prop. Patienten kan nu tage den ud og lade Urinen saa ofte som han vil, men naar han gaaer oppe, maa Stiletten være i, baade for at penis ikke skal kunne bøie sig og for at Urinen ikke skal sive ud og tilsøle hans Klæder. Det er den Behandling, jeg har isinde at anvende hos vor Patient.

Endelig have vi i den nyeste Tid faaet endnu eet Middel angivet til at lindre Besværlighederne og Smerten ved den prostatiske Dysuri; naar nemlig Patienten er saa øm for Cathetret, at han knap kan taale at det indføres, og endnu mindre taale at det bliver liggende inde, raader Henry Thompson til at anlægge en kunstig Vesicalfistel over symphysis. Allerede i Middelalderen har man jo punctere t vesica paa dette Sted, og i den nyeste Tid har man især gjort det hyppigt med Aspiration; her er der dog ikke Tale om at punctere en udspændt vesica, men at skaffe en pathologisk urethra tilveie, som den Syge kan benytte i hele Resten af sit Liv, og der er jo ingen anden Vei, man kan gaae, end netop over symphysis, thi Operationen skulde kun foretages ved de overordentligt store Svulster af prostata, og i disse Tilfælde vilde man hverken kunne tænke paa en Punctur igjennem perinæum eller igjennem rectum.

Thomson har særegne Instrumenter dertil, men man kan godt nøies med et simplere Apparat, som Enhver selv kan forfærdige. Man tager et blødt elastisk Catheter, som er aabent i begge Ender, og bringer en boutonneret Stilet igjennem, saaat Bouton'en netop staaer frem i den indvendige

Aabning. Saaledes armeret indføres Cathetret i vesica og den boutonnerede Stilet skydes nu frem, saaat dens Spids trænger vesica fortil imod regio hypogastrica, lige over symphysis. Paa dette Sted gjøres udvendigfra en Incision, i linea media; man gjennemskjærer Integumenterne i omtrent en Tommes Længde, og naar man er trængt ind i Cellevævet, søger man med Fingren efter den prominerende Bouton, bringer den saameget frem i Bunden af Saaret, at man med Kniven kan incidere vesica og faae baade Stiletten og Bougien frem. Et Caoutschukrør (som et Drainrør uden Huller) fæstes til det fremskudte Catheter, og ved at trække dette tilbage bringes Drainrøret ind i vesica, hvor det bliver liggende til Afløb for Urinen og ikke maa fjernes førend Incisionen er blevet fistuløs. Man maa helst have dette Rør saa langt, at det med sin udvendige Ende kan naae ned i et Uringlas, og forat det ikke ved Uforsigtighed skal kunne trækkes ud af vesica, kan man fæste det med en Sutur i Hudincisionen. Denne Fremgangsmaade, som De saae mig anvende i forrige Uge, er vistnok lidt forskjellig fra Thompson's, men den forekommer mig nemmere; jeg modificerede ligeledes hans Methode i en anden Henseende, idet jeg brugte et spidst Paquelin's Cauterium til at bore igjennem de bløde Dele i regio hypogastrica indtil jeg kom heelt ind til vesica, som da aabnedes med en lille Incision. Jeg tænkte mig, at det vilde være rationelt at cauterisere igjennem Cellevævet paa Forfladen af vesica, fordi den derved frembragte Canal havde en beskyttende escara i hele sit Omfang og altsaa ikke udsatte Patienten for en perivesical Infiltration af Pus eller Urin. I det Tilfælde, hvor jeg maatte udføre Opera-

tionen, var der en enorm cancrøs Svulst af prostata, saaat Curen kun kunde være palliativ, men det viste sig ialtfald, at Urin med stor Lethed og uden Smerte afgik igjennem den kunstige Excretionscanal. Da Patienten døde, fandtes cancrøse Svulster i flere andre Organer i Abdomen, men der var ikke det mindste Tegn paa nogen peritonitis.

25.

Strictura spastica.

Mine Herrer!

Efterat jeg i de foregaaende Timer har viist Dem Exempler paa Hypertrophi af prostata og Strictur, ville vi idag opholde os ved en anden Form af Dysurien. De ville erindre, at Hindringen for Urinudtømmelse ikke altid er synonym med Strictur, idet jeg ved dette Ord kun betegner den Forsnævring af Canalen, som beroer paa, at Canalen i en vis Strækning ikke vil lade sig dilatere af Urinen; jeg har ogsaa sagt Dem, at naar man taler om Strictur, uden at tilføie noget Adjectiv, da mener man dermed en blivende organisk Forandring af urethra, enten saa Forsnævringen er submucøs (gonorrhoisk) eller cicatriciel. Den Dysuri, som jeg idag vil beskjæftige mig med, og som jeg hidtil kun flygtig har berørt, er en Sygdom, som har givet Anledning til megen Discussion og som endnu opfattes forskjelligt af de forskjellige Chirurger, idet de snart regne den til Stricturerne, snart sondre den derfra.

I mange Haandbøger hedder det sig, at der findes 3 Slags strictura urethræ: 1) organiske, 2) inflammatoriske

og 3) spasmodiske. De første have vi jo lært at kjende i de foregaaende Timer, men hvad forstaaes ved de 2 andre?

Ved hine forstod man da tidligere for største Delen dem, der nu kaldes organiske; men naar vi nu tale om inflammatoriske Stricturer, mene vi kun saadanne, der opstaae ved en acut inflammatorisk Svulst, f. Ex. ved en hæftig urethritis, enten det er den mucøse Membran, der er betydeligt svullen eller — hvad der ogsaa arriverer hyppigt — det er en prostatitis, der danner Hindringen, men den stadige Indvending, der gjøres imod at kalde saadanne Tilfælde „Stricturer“ er, at de ikke ere stabile, men svinde naar Inflammationen ophører; hvad der ogsaa kan siges imod at henregne disse Dysurier til Stricturer er, at Hindringen for Udtømmelsen maaskee kan fjernes ved Antiphlogose (varme Bade, Igler, Clysmata) og at man kan føre et Catheter ind i vesica uden at træffe paa nogen absolut Modstand.

Naar vi nu fra de inflammatoriske gaae over til de spasmodiske Stricturer, da have Chirurgerne været endnu mere uenige med Hensyn til disse; man har indvendt, at en Spasmus kommer og gaaer, med intermitterende frie Mellemrum, og altsaa ikke kan give nogen „Strictur“ efter vor Definition af dette Ord; man har ogsaa betvivlet, at en simpel spasmodisk Contraction skulde kunne sætte en virkelig Hindring for Urinudtømmelsen eller, for at bruge et gammelt Udtryk, man har opkastet det Spørgsmaal: kan der findes en Strictur af urethra „sine materia“?

Paa en vis Maade troer jeg, at man maa indrømme dens Existens; saaledes findes der utvivlsomt ved forskjellige Leiligheder en spasmodisk Contraction i urethra's

Muskulatur, hvorved Urinen generes eller hindres i at udtømme sig; det kommer da kun an paa, hvorvidt man vil henregne det til Stricturerne. At der findes Muskler ved urethra er vel nutildags almindeligt antaget, og i det Hele gives der vel ikke nogen Excretionscanal, som ikke er forsynet med Muskelfibre, men det er dog navnlig Musklerne omkring pars membranacea (pars muscularis) og ved orificium vesicale at man har for Øie. De spasmodiske Contractioner kunne være deels mere primære, essentielle, deels secundære; de sidste fremkomme ved en Reflexvirksomhed, der skriver sig fra en Lidelse af inflammatorisk eller anden irritativ Natur, enten beliggende i selve urethra eller i dens Nærhed; ved de essentielle forstaaer jeg saadanne, hvis Aarsag er en sygelig Tilstand i Nervesystemet, men næsten altid have Contractionerne deres Udgangspunct fra en Sygdom i den mucøse Membran, der beklæder Urinorganerne, og jeg kan i den Henseende henvise Dem til mange Tilfælde, som jeg tidligere har havt Leilighed til at vise Dem paa disse Forelæsninger. Den spasmodiske Contraction viser sig deels ved saadanne Symptomer. som man ofte betegner ved Ordet cystitis, nemlig hyppig og smertefuld Urinladning, deels ved fuldstændig Retention; det Første er det Almindeligste og indtræffer især hyppigt i Forløbet af en Gonorrhoe, saavel i det acute som i det chroniske Stadium, men naar Urinen er klar og suur, af normal Sammensætning, hverken er blandet med Mucus eller Pus, da er det mindre correct at kalde det en cystitis. I Begyndelsen af dette Aarhundrede meente man, at Tilfældene hidrørte fra, at der var opstaaet en Ulceration i den bageste Deel af urethra (ved veru montanum),

og Behandlingen bestod da i at touchere dette Parti ved Hjælp af Lallemand's porte-caustique. Senere sagde man, at det var en gonorrhoisk Strictur i den bageste Deel af urethra, og da skulde det ogsaa være gavnligt at anvende Cauterisation. Vistnok kan det forholde sig saaledes, og begge de nævnte Hypotheser have i den nyeste Tid atter fundet Forsvarere; saaledes har man, navnlig hos Fruentimmer, troet at Ischurien undertiden beroede paa „Fissurer", altsaa en Slags Ulceration i collum vesicæ, og man har ialtfald af og til opnaaet Helbredelse ved at incidere eller sprænge sphincter vesicæ, og deraf sluttet, at Sygdommen var en fissura colli vesicæ analog med fissura ani. Hvad Hypothesen om Strictur angaaer, da har Dr. Otis fra America i de senere Aar paastaaet, at urethra's Lumen normalt er langt større end man tidligere har antaget, og der kan efter hans Mening godt være en Strictur tilstede, selv om man kan indføre et Catheter af almindelig Tykkelse.

Jeg vil ingenlunde benægte Rigtigheden af disse nyere Anskuelser, men jeg troer paa den anden Side, at det nervøse Element spiller en nok saa stor Rolle, og at det ialtfald ligesaavel kan forklare os Dysurien; allerede Vidal har beskrevet en lignende Tilstand under Benævnelsen „neuralgia colli vesicæ", og Civiale har især kjæmpet for, at den spasmodiske Affection af sphincter vesicæ er en hyppig Følge af forskjellige Irritamenter, og at den er istand til at ende med en vedblivende Contractionstilstand, en „Contractur". Endelig har Mercier (først en Elev af, senere en ivrig Modstander af Civiale) endnu udviklet dette videre og forklaret, hvorledes Contracturen kan medføre

Dannelsen af en Valvel, som kan lukke for vesica: naar man nemlig undersøger sphincter nøiagtigt, vil man finde, at den ikke danner en fuldstændig Ring; istedetfor circulære Fibre viser Dissectionen en forreste og en bageste Halvring, og han mener, at vesica lukkes ved at den bageste Halvdeel drages fortil. Derved løftes den mucøse Membran i orificium vesicale frem som en Fold, og denne kan ved den fortsatte pathologiske Contraction tilsidst blive staaende som en Valvel (valvule musculaire i Modsætning til valvule prostatique), der kan stoppe for Urinen, naar Patienten vil udtømme den, medens et Catheter af almindelig Caliber kan skyde Valvlen tilside og saaledes komme ind i vesica. Det var ogsaa især den musculære Valvel, som Mercier vilde incidere eller excidere med de forskjellige Instrumenter, der bære hans Navn.

Den spasmodiske „Strictur", hvis vi ville beholde dette Ord, kjendes deels ved de subjective, deels ved de objective Symptomer. Naar en yngre Person, f. Ex. ved eller kort Tid efter Puberteten, klager over smertefuld og hyppig eller forhindret Urinladning, som er opstaaet lidt efter lidt uden bestemt Aarsag eller maaskee efter en Gonorrhoe, komme vi til at tænke paa en spasmodisk Forstyrrelse af Functionen; vi vide nemlig, at Ulcerationer ere sjeldne i urethra, at Stricturer næsten aldrig udvikle sig førend i en senere Alder og at derimod Gonorrhoer have Tilbøielighed til efter nogen Tids Forløb at strække sig til den bagerste Portion af urethra; ved en Reflexvirkning fremkaldes da den spasmodiske Sammentrækning af Musklerne omkring denne Canal, og deraf kommer baade den smertefulde Excretion og Retentionen. Den objective

Undersøgelse lærer os, at en tyk boutonneret Bougie kan føres indtil igjennem pars bulbosa uden at møde nogen Hindring, og da de organiske--gonorrhoiske—Stricturer altid findes foran pars membranacea, saa ere vi allerede derved istand til at udelukke denne Art af Dysuri. Naar vi nu føre Bougien videre, mærke vi, at Patienten pludselig føler stærk Smerte; vi standse for en Tid, men ved at trænge lempeligt frem komme vi dog igjennem hele urethra's bagerste Deel, men have ofte en Fornemmelse som af en Sammensnøring omkring Instrumentet. Naar endelig Bougien ligger inde i vesica, taber Smerten sig for det Meste, men ofte faae vi, naar vi atter trække Bougien ud, den samme Fornemmelse, som vi havde ved Indførelsen, naar Boutonen skulde udvide de spasmodisk contraherede Partier. Er der dannet en virkelig Valvel, skulde vi kunne diagnosticere den ved Mercier's sonde coudée, som jeg allerede tidligere har beskrevet Dem, da Talen var om den prostatiske Valvel.

Prognosen af denne Sygdom er ingenlunde god; det er tvertimod en meget haardnakket Affection, der kan gjøre Patientens Liv i høieste Grad elendigt og endelig medføre de samme Farer, som findes ved Dysuri af andre Aarsager, nemlig cystitis, nephritis, pyelitis og tilsidst Død af Uræmia.

Destoværre ere vi uheldigt stillede med Hensyn til Therapien, vi kunne maaskee ikke engang love Patienten fuldstændig Helbredelse. Af de forskjellige Midler, der ere tilraadte, vil jeg især anbefale Dem følgende. Clysmata, enten blot af varmt Vand eller med Opium, Trousseau's Belladonna-Piller (af Pulver og Extract aa. $0_{,01}$), varme

Omslag, indvendig Campher, alene eller med Opium, men den vigtigste Deel af Behandlingen er dog den locale. Naar vi atter benytte Sammenligningen med fissura ani, da have vi ved den sidste de 3 Methoder: 1) den gammeldags Cauterisation af Fissuren, 2) Incisionen efter Boyer og 3) den forcerede Dilatation efter Récamier. Overføre vi disse Behandlinger paa urethra, saa faae vi: 1) Lallemand's Cauterisation med argentum nitricum, 2) Mercier's Incisioner igjennem spincter vesicæ eller valvule musculaire, 3) den forcerede Dilatation. Denne sidste er vel den, der bruges meest, og som jeg ogsaa vil anbefale dem; den bestaaer i Indførelsen af tykke Bougier, som efterhaanden formindske Contractionen, men man kunde ogsaa, hvis de ikke vare tilstrækkelige, tilsidst „sprænge" Contracturen ligesom Récamier gjorde ved anus. Hos Fruentimmer, hvor urethra er saa kort, vilde det ikke være vanskeligt at indbringe dilaterende Instrumenter, men ogsaa hos Mandfolk lod det sig udføre f. Ex. ved Holt's Dilatator.

Nu har jeg givet Dem en kort theoretisk Fremstilling af Contractionen eller Contracturen i den bagerste Deel af urethra; jeg har derved meest tænkt paa de Tilfælde, hvor Aarsagen maa søges i en urethritis, men jeg har af og til viist Dem Patienter, der leed af denne Dysuri uden foregaaende Affection af den mucøse Membran; da kan det vistnok være en rheumatisk Lidelse, analog med en Myo-Rheumatisme paa andre Steder af Legemet, og jeg har flere Gange truffet det hos saadanne Personer, der ifølge deres Livsstilling kunde være udsatte for Kulde og Fugtighed, f. Ex. Kudske.

Men Sygdommen kan ogsaa bevirkes ved andre Leilighedsaarsager, og jeg har netop et meget udtalt Exempel at vise Dem hos een af de Patienter, der for Øieblikket ligge paa Afdelingen.

Det er et ungt Menneske, en Handelsbetjent paa 19 Aar, som allerede flere Gange tidligere har været herinde og nu atter er indlagt for betydelige Urinbesværligheder; han havde endog en fuldstændig Retention. Hos et saa ungt Individ kan der naturligviis ikke være Tale om en Hypertrophi af prostata, en Strictur kunde snarere tænkes, men i hans Alder vil en saadan næsten aldrig fuldstændigt hindre Urinens Udtømmelse, en acut prostatitis kunde vel give Anledning til Ischuri, men den findes ikke her, thi den kunde ikke bestaae i flere Maaneder, men maatte enten være resolveret eller være gaaet over i Suppuration og have udtømt Pusset i een af de nærliggende Caviteter. Desuden nægter Patienten bestemt enhver Genital-Affection, der er heller intet Tegn paa nogen Gonorrhoe, og endelig kan man indføre et almindeligt Catheter i vesica, rigtignok med endeel Modstand i den dybeste Deel af urethra og med meget stærk Smertefornemmelse, men der er absolut ikke nogen Forsnævring tilstede.

Det, at Sygdommen af og til forsvinder, saaledes at han allerede flere Gange tidligere er udskrevet i god Bedring, om ikke complet helbredet, tyder da ogsaa paa, at Sygdommen maa beroe paa noget Nervøst, være af en spasmodisk Natur. Da jeg første Gang havde ham herinde, fremsatte jeg den Hypothese, at Lidelsen kunde have sin Oprindelse fra en fissura ani, som fandtes hos ham. Ved denne kunde der paa Grund af Smerterne igjennem

de talrige smaa sensitive Nerver bevirkes en Reflexcontraction baade af spincter ani og af Musklerne omkring urethra, ɔ: sphincter vesicæ et urethræ. De vide, m. H., at n. pudendalis communis, der kommer fra plexus sacralis, forsyner baade anus og Genitalsystemet, hvorfor der ogsaa er en nøiagtig Consens imellem deres Sphincterer. Vi kjende jo Alle af egen Erfaring dette Forhold: begge slappes samtidigt, og vi udtømme Urinen og fæces paa samme Tid, ialtfald har man Vanskelighed ved at holde Urinen tilbage, naar rectum udtømmes, og naar man søger at holde Excrementerne tilbage, føler man tydeligt en Contraction af sphincter vesicæ. N. pudendalis giver en overordentlig stor Mængde, ja næsten utallige, Grene til anus, og deraf kommer den betydelige Styrke, som dens sphincter har, idet den formaaer at holde ikke blot faste, men ogsaa flydende, ja luftformige Excrementer tilbage, endog hele Timer; Nervegrenene træde ind imellem sphincter externus og internus og udbrede sig derefter i den mucøse Membran og i Huden, men hvor findes Sammenstødet af disse 2 Muskler? Naar De ville betragte orificium ani ret nøiagtigt, ville De see en hvid ringformig Linie, der svarer til Overgangen fra Huden til det Indre af rectum; svarende netop til den samme Linie mødes de to sphincteres, og derfor forstaaer man ogsaa let, at et ulcus, en Fissur lige i Aabningen, foranlediger de heftige Smerter ved enhver Berøring, idet Nervegrenene ligge blottede i Bunden af Fissuren.

Men foruden de omtalte Grene afgiver Nerven andre saavel til perinæum og alle Musklerne ved urethra, som til scrotum og penis, og endelig til den mucøse Mem-

bran inde i urethra, saa at man godt kan forklare sig, at fissura ani baade giver en spasmodisk Contraction i sphincter ani og i Musklerne i urethra.

Ved denne Leilighed vil jeg endnu erindre Dem om en anden Nerve, som ogsaa bidrager til at forsyne genitalia; det er n. ischiaticus minor eller glutæus inferior. Den giver Muskelgrene til glutæus maximus, men desuden en ramus pudendalis, som passerer tuberositas ischii og gaaer hen til scrotum og penis, anastomoserende med den ovenfor omtalte n. pudendalis communis. Derved bevirkes et physiologisk Sammenhæng imellem de ydre genitalia og glutæus, som viser sig ved at denne Muskel contraherer sig stærkt under coitus.

Men for at komme tilbage til vor Patient, saa antog jeg altsaa Dysurien at beroe paa hans fissura ani, og haabede at kunne hæve den første naar den sidste helbredes. Fissuren behandledes da ved Dilatation (Récamier) og virkelig svandt Urintilfældene strax efter, hvilket endmere bestyrkede vor Antagelse, men efter nogen Tids Forløb fik han igjen fuldstændig Retention og maatte bestandig cathetriseres. Efterhaanden kom der nye nervøse Tilfælde til, generelle spasmodiske, næsten epileptiforme Anfald, som gjentog sig flere Gange daglig og varede fra nogle Minuter indtil en heel Time. Endvidere kom der Constriction af pharynx og oesophagus, saaat han i flere Dage Intet kunde synke; han fik tilsidst ogsaa complet Aphonie — altsammen vistnok Reflexsymptomer fra medulla spinalis.

Imidlertid lægtes Fissuren i anus og Afføringen blev aldeles normal; Tilfældene kunde altsaa næppe stamme fra

den Aarsag alene, og de forskjellige antinervina, som jeg anvendte, gjorde ingen Virkning; jeg prøvede forgjæves belladonna, opium (indvendig i Clysma), brometum kalicum, asa foetida, injectio morphii o. s. v.

Nu troer jeg endelig at have fundet saavel Aarsagen til som Midlet imod hans Sygdom. Den er vistnok betinget af Onani; endskjøndt han hverken har tilstaaet det selv eller man har opdaget det under hans Ophold herinde, saa kom jeg dog til at nære denne Mistanke, fordi han ikke blot nægtede at have havt nogen Genitalaffection, men ogsaa bestemt erklærede aldrig at have celebreret coïtus. Ved denne Supposition kunde man ialtfald godt forklare sig, at der kom en spasmodisk Contraction i urethra's Muskler; en lille Fissur i anus har forværret Tilstanden, og de øvrige Contractioner paa forskjellige Steder af Legemet tyde jo paa en heel Række af nervøse Lidelser, der netop kunde være Følgen af Manustupration. Da Huden paa penis, som jeg sagde Dem, forsynes af n. pudendalis, er det let at forstaae, at den ved Onanien frembragte Irritation kan fremkalde Contracturer af sphincter vesicæ og ani, og Reflexvirkningen kan strække sig til andre Muskelgrupper (i oesophagus, larynx). Hans Sygdom kan altsaa kun helbredes ved at hæve Aarsagen, og det er meget vanskeligt, skjøndt der er forsøgt og anbefalet en Mængde forskjellige Midler.

Det bedste, jeg kan tilraade Dem, er det, som jeg nu har anvendt i de sidste Dage, nemlig Indgnidning af penis med tra. cantharidum eller collodium cantharidatum, saaat man frembringer en Suppuration i Huden, der bliver meget smertefuld og derved umuliggjør Manustupration. Efterat

Suppurationen er kommet i Gang, ere alle de spasmodiske Tilfælde ophørte, han lader Urinen spontant, og Diagnosen er vel altsaa fremgaaet ex effectu medicaminum.

Skulde der indtræde et Recidiv, naar Vesicatoriet ophører at suppurere, vil jeg gjentage det og haaber at det vil lykkes mig at faae Bugt med denne besværlige Sygdom.

Jeg har viist Dem et characteristisk Tilfælde af spasmodisk Urinretention, og jeg vil bede Dem bevare det i Deres Erindring, da noget Lignende kan indtræffe i Deres senere Praxis og volde Dem store Vanskeligheder. Især vil jeg anbefale Dem at benytte det Middel, som her synes at have gjort saa god Nytte; det er et meget gammelt Middel, som jeg har lært af Dr. Hilton i London, og som næppe er saa almindeligt bekjendt som det fortjener at være. Det har desuden den Fordeel, at det kan bruges som et Diagnosticon, uden at De behøve at examinere Patienten om Noget, som altid er i høi Grad „delicat" og som man i de fleste Tilfælde ikke kan vente at faae oprigtigt tilstaaet.

26.

Lithoclastik. — Lithotomia.

Mine Herrer!

Jeg kan idag vise Dem 2 Operationer. som vistnok ere indbyrdes forskjellige, men begge have den samme Opgave, nemlig at fjerne en calculus vesicalis.

Den første Patient have Nogle af Dem vistnok seet tidligere, idet han allerede længe har ligget her paa Hospitalet; det er en ældre Mand, omtrent 50 Aar gammel, som i de sidste Aar har havt en Deel „rationelle“ Tegn, som kunde tyde paa Tilstedeværelsen af en calculus. Eet af de Symptomer, som man tidligere lagde stor Vægt paa, og som man endog har betragtet som pathognomonisk, bestaaer i at Urinudtømmelsen undertiden pludseligt standser; man meente nemlig, at dette kun kunde beroe paa, at et fremmed Legeme — en Steen — lagde sig for orificium vesicæ og mechanisk lukkede for den. Men det er paa ingen Maade paalideligt, og naar De ville erindre, hvad jeg sagde Dem i sidste Time, ville De let indsee, at en saadan Standsning kan opstaae — og vistnok hyppigst opstaaer — ved en spasmodisk Contraction af sphincter, men Grunden til den spasmodiske Contraction kan være forskjellig og

kunde i visse Tilfælde søges i den Irritation, som et fremmed Legeme frembringer paa den mucøse Flade af vesica.

Som Følge af den omtalte Contraction opstaaer ogsaa Smerte, og ved vesica — ligesom ved uterus — ere egentligt Smerte og pathologisk Contraction Synonymer; det, at Patienten lader Urinen med Smerte, betyder, at der er en sygelig Sammentrækning af Musklerne. Den Syge følte forøvrigt ikke blot Smerter oppe ved vesica, naar han skulde udtømme denne, men ogsaa jævnligt ude i glans penis; dette Symptom angiver dog heller ikke bestemt, at han havde en calculus, thi den samme Fornemmelse kan iagttages ved andre Sygdomme i Urinveiene.

Mere Vægt vil jeg derimod lægge paa den Omstændighed, at hans Tilfælde forværredes ved Bevægelser, især saadanne, hvorved hele Legemet „rystedes", f. Ex. ved at kjøre paa ujevne Veie, samt at han flere Gange har havt Anfald af Hæmaturia. Derved mener jeg naturligviis ikke, at Hæmaturien altid skriver sig fra denne Aarsag; thi for det Første kan Blodet komme fra andre Steder end fra vesica, f. Ex. ureteres, renes, dernæst kunne vesicale Blødninger bevirkes ved Ulcerationer af forskjellig Art, ved cancer prostatæ eller vesicæ, især den saakaldte villøse Form, men i Forbindelse med andre rationelle Symptomer er det dog et ret godt diagnostisk Tegn.

Ialtfald blev enhver Tvivl her hævet, da der ved Explorationen igjennem urethra tydeligt føltes en meget stor calculus, saa stor, at jeg meente at burde foretage en Lithotomi, men da Patienten paa ingen Maade vilde underkaste sig denne Operation, maatte jeg gjøre Lithoclastik. Hans Almeenbefindende var desuden nogenlunde godt, der

vare hverken uræmiske Symptomer eller i det Hele Tegn paa dybere Lidelser, navnlig ikke paa Renalaffection, Urinen var vel uklar, men indeholdt ikke nogen større Qvantitet Pus; kortsagt, der var ikke Contraindication for Lithoclastik, og jeg har nu allerede foretaget den 8 Gange.

Alligevel er der ikke saa Lidt tilbage i vesica, og den resterende Deel er haardere end det, der knustes de første Gange; vi have nemlig her, som saa ofte, en Combination af en haardere Kjerne og en blødere Skal; denne sidste bestod af phosphatiske Salte, er hvidgraa og let at knuse, hvorimod nucleus, som er urinsuur, er langt fastere og mørkere farvet, smudsig, guul, eller snarere lidt guulbruun.

Lithotritie er den almindelige Benævnelse for denne Operation, saaledes i Frankrig og England, medens Ordet Lithoclastik, som hertillands oftest benyttes, saagodtsom ikke bruges der. Civiale kaldte sin Operation Lithotritie. De vide, at det er ham, vi maae sige har opfundet denne værdifulde og ingeniøse Behandlingsmaade, idet han er den Første, der har gjort langvarige Forsøg til en saadan Knuusning*) og endelig ved sine Instrumenter har helbredet en Steen-Patient (1824). Leroy d'Etiolles, som har villet afdisputere Civiale Æren for Opfindelsen, har rigtignok stor Fortjeneste af den samme Sag, idet han har givet Ideen til den oprindelige Pince à trois branches, men vi bør dog næppe kalde ham Opfinderen, ligesaalidt som Amussat, der lærte, at et lige Instrument kan føres ind i vesica, eller Heurteloup, som derimod har Æren af det store Fremskridt, Operationen har gjort, idet han angav det

*) Civiali:s første mémoire om denne Gjenstand indsendtes til den franske Indenrigsminister i 1818.

krumme Instrument (Lithoclasten), der nu kan siges at være saagodtsom det eneste, der anvendes, modificeret i Detailler, men i det Væsentlige udført efter hans oprindelige Princip.

Det Eiendommelige ved hans Lithoclast er, at den bestaaer af 2 Brancher, der saaledes forskydes imod hinanden, at deres yderste Ender, Skeerne, kunne fjernes og nærmes, saaat Stenen fattes imellem dem; hvilken Mechanisme man vil bruge for at skrue dem sammen er derimod af underordnet Betydning.

Medens næsten alle stive Instrumenter, der skulle indbringes i vesica, baade før og nu gjøres krumme, er det paa den anden Side mærkeligt, at man først i dette Aarhundrede ret har erkjendt, at et lige kan indføres. Man skulde dog troe, at Muligheden deraf allerede for længe siden var fremgaaet af et Factum, som enhver Læge daglig kan have Leilighed til at observere. Naar nemlig et almindeligt Sølvcatheter er ført saa langt ind, at Urinen udtømmes, saa er dets Krumning heelt inde i vesica, og urethra rettet fuldstændigt ud, idet den passeres af den lige Deel af Instrumentet; og naar man siger, at et lige Catheter er vanskeligt at indføre, formedelst Krumningen af den bagerste Deel af urethra, saa er det under normale Forhold urigtigt. Tvertimod, det er egentlig den Deel af urethra, som ligger foran lig. suspensorium penis, som volder Vanskeligheden; er dette Ligament meget kort og kan det ikke give efter, saa besværer det Indførelsen eller kan endog gjøre den umulig, men er det Modsatte Tilfældet, da er der Intet til Hinder for, at man kan bringe

det lige Catheter ind. Man kan, naar Ligamentet ikke vil give efter, hjælpe til ved at trykke radix penis stærkt nedad.

En Lithoclast indføres i Almindelighed med stor Lethed; baade Bøiningen og Tyngden bidrage dertil. En meget let Bougie gaaer langtfra saa nemt ind som et tungt Catheter eller Steen-Instrument, der alene ved sin Vægt vil søge ind i vesica. Imidlertid maa man altid erindre den Regel, jeg har givet Dem, at gaae langsomt tilværks; man skal næsten lade det glide ind af sig selv.

Naar man er kommet ind i vesica, skal Stenen fattes og knuses; dette kan gjøres paa 2 Maader, hvilke vi kunne betegne som Civiale's og Heurteloup's.

Heurteloup's Methode bestaaer i, at man lader Stenen af sig selv falde ind i Instrumentet; det er maaskee den Fremgangsmaade, der nu anvendes meest. Man holder da Lithoclasten omtrent perpendiculært og trykker den tillige noget bagtil, saaat fundus vesicæ deprimeres lidt; herved frembringer man en Slags Fordybning, hvori Stenen af sig selv vil falde ned. Civiale's, som tidligere anvendtes næsten udelukkende, bestod i, at Operatøren selv fattede Stenen imellem de to Brancher, idet man søgte efter den med Instrumentet, som da skulde holdes lidt mere horizontalt og lidt dreiet til høire eller venstre Side. Har man f. Ex. ført Lithoclasten hen i venstre Side af vesica, aabnes den (et Par Centimeter) og roteres, uden forøvrigt at forandre sin Plads, saaat Skeerne, der naturligviis vendte forefter, nu vise henimod Høire; ved at skyde Brancherne sammen søger man at faae fat omkring Stenen, hvorpaa man knuser den, enten blot ved Haandkraft (hvilket jeg ofte har seet Civiale gjøre) eller ved Hjælp af Skruer.

Man maa dog erindre, at Sønderdelingen af Stenen altid bør skee i Centrum af vesica, hvorfor man, saasnart den er fattet i Instrumentet, atter bringer dette tilbage i Midtlininen, med Skeerne visende fortil.

Jeg har allerede forhen sagt Dem, at de nyere Chirurger ville stille sig paa høire Side af Patienten ved enhver Indførelse af Instrumenter i urethra; men især ved Lithoclastik skulde det være nødvendigt, fordi det ellers vilde falde vanskeligt at manøvrere med den høire Haand, hvilken man naturligviis i Almindelighed bruger til at knuse med, medens den venstre holder Instrumentet fixeret. Jeg troer dog, at man ligesaavel som ved en Cathetrisation kan staae paa venstre Side; det vil meest komme an paa, hvad Enhver er vant til.

Patienten maa placeres paa en egen Maade, naar man vil foretage Lithoclastik, nemlig saaledes, at pelvis hæves op ved en underlagt Pude og dreies lidt om til høire Side. Derved vil calculus fjerne sig fra collum og glide ned i høire Halvdeel af vesica, hvor man nu snarere finder den med Instrumentet; ved den samme Stilling af Patienten kan man lettere bringe Hænderne ned imellem femora og faae Plads til et Uringlas eller en Skaal, hvori Urinen kan optages. Man skal altid sørge for, at vesica indeholder nogen Vædske; har Patienten ladt Urinen lige før Operationen, maa man injicere noget lunkent Vand, omtrent saameget som et stort Viinglas fuldt, men han maa helst have holdt Urinen en Times Tid i Forveien. Vil man bedøve den Syge, skal man injicere Vandet, førend man begynder Chloroformeringen.

Hvad nu Spørgsmaalet om Chloroform angaaer, da raade Nogle fra at anvende den, fordi Smerterne kun ere ringe; Andre derimod have den modsatte Mening, saaledes siger Fergusson, at han ligesaalidt vil undvære Anæsthesien ved en Lithotritie som ved en Lithotomi. Jeg har ofte benyttet Chloroform ved denne Operation, naar Patienten var meget sensibel, men hvis han ikke selv ønskede det og hvis vesica ikke var videre irritabel, vilde jeg ligesaa gjerne lade det være. Een Ulempe er der ved Chloroformeringen, at den Syge ofte involuntært lader Urinen, saasnart Lithoclasten er indført, saaat vesica bliver aldeles tom og Operationen maa afbrydes, fordi Væggene af den udtømte Huulhed trække sig sammen om Instrumentet.

En anden Følge af den irritable eller inflammatoriske Tilstand i vesica er, at der opstaae heftige Tilfælde, som kaldes Urethralfeber. Herved forstaaer man jo de febrile Symptomer, som have Characteren af en fb. intermittens, og som skrive sig fra Indvirkningen af Irritamenter — især Operationer — paa Urinveiene; de komme saaledes ved Cathetrisationer, ved Lithotritier, ved urethrotomia interna o. s. v., og beroe vistnok i Almindelighed paa en Læsion af den mucøse Membran i urethra eller vesica. Hyppigst vil denne Læsion være et vulnus, frembragt enten voluntært (Urethrotomer) eller accidentelt: ved „falske Veie“, smaa Sønderrivninger, saasom af skarpe Steenfragmenter, klodset Brug af en Lithoclast o. s. v., og Vulnerationen vil da kunne erkjendes ved at der kommer Blødning; men man iagttager det Samme hyppigt ved Stricturer, naar man gaaer for hurtigt frem med Dilatationen af dem, selv om man ikke har sønderrevet det forsnævrede Parti.

Urethralfebren kommer altsaa efter een eller anden mechanisk Læsion af Urinveiene, ialmindelighed een eller et Par Timer efter og ligner, som jeg sagde Dem, en fb. intermittens: voldsom Kulderystelse, der for det Meste efterfølges af Hede og Sveed; men naar han har overstaaet dette Anfald er Feberen i de fleste Tilfælde forbi. Det er sjeldnere at der, med ubestemte Mellemrum, komme flere Paroxysmer, men isaafald vil der kunne indtræde en uræmisk eller pyhæmisk Tilstand og Patientens Liv endog være udsat for betydelig Fare. En Urethralfeber er følgelig enten en kortvarig og forbigaaende Complication, der kun har den Betydning for Chirurgen, at han maa gaae mere lempelig frem ved den fortsatte Behandling af Urinsygdommen, eller den er det første Symptom paa en livsfarlig Infection. Ordet betegner da blot et febrilt Anfald, hvis Aarsag maa søges i en Læsion af Urinveiene, men uden at betegne Anfaldets egentlige Væsen, og da man i det Hele har sammenfattet forskjellige Sygdomme under den samme Benævnelse, er det heller ikke at undre sig over, at man giver forskjellige Forklaringer og Theorier deraf.

Hvis der er foregaaet en solutio continui af den mucøse Membran, saa ville Vævene udenom denne naturligviis kunne komme i Berøring med Urinen og ved at Urin eller nogle af de Stoffer, som findes i Urin, nu blive absorberede, have vi god Grund til at betragte Tilfældene som en Infection af Organismen, idet man jo hyppigt seer, at en Infection begynder med en Kulderystelse. Forudsat at der virkelig udviklede sig en Uræmi eller Pyhæmi, vilde Theorien vistnok være correct, men da det netop er almindeligst, at der *ikke* udvikler sig nogen generel Affection, saa

passer Forklaringen ikke. Hvis man desuden kan iagttage Urethralfeber uden nogen Vulneration af den mucøse Membran, saa er der ingen Anledning til at tale om Absorption af infectiøse Stoffer. Derfor ville Mange antage Feberanfaldet for et nervøst Symptom, en Reflexvirkning fra medulla, fremkaldt ved en Irritation af de sensitive Nerver i den mucøse Membran, men saa kunde vi gjøre det Spørgsmaal: hvorfor opstaaer dette nervøse Feberanfald kun, naar Urinveienes Nerver afficeres, ikke ved alle de andre mucøse Membraner i Legemet? Hvorfor iagttager man ikke noget Lignende f. Ex. ved Dilatation af en Strictur i oesophagus eller ved Récamier's Ruptur af fissura ani? Det Rimeligste bliver dog altsaa, at Urinens Berøring med visse ikke mucøse Væv er den egentlige Factor for Urethralfeberen.

Vil man søge at udfinde Sygdommens Natur efter Prognosen og Behandlingen, da lærer man af hiin, at den ikke forløber som de almindelige Infectionssygdomme, men er langt mere godartet, og hvad effectus medicaminum angaaer, saa sees for det Første, at Tilfældet kan gaae over spontant, aldeles uden Behandling, og dernæst hvis det svandt paa Grund af, at Patienten havde faaet en større Dosis Chinin, hvilket er det Middel, man pleier at give, saa kunde den gavnlige Virkning deraf ligesaavel vise sig ved en nervøs som ved en septisk Affection.

Hos vor Patient har der efter de første 3 Operationer været meget udtalte Anfald af Urethralfeber, men de have tabt sig meget hurtigt, og ved de sidste har der slet ikke været nogen Complication af den Art. Han havde en ganske overordentlig Sensibilitet af Urinveiene, da han kom

herind, hvilket maaskee kan have været medvirkende til at fremkalde Febertilfældene, medens de nu ikke mere indfinde sig, efterat den hyppige Indbringen af Instrumenter har gjort den mucøse Membran mindre sensibel.

En Omstændighed, der ved Lithoclastik ogsaa maa erindres, er, at man ved at fortsætte en „séance“ altfor længe, irriterer Væggene af vesica i høi Grad; man skal derfor ikke gjerne lade Operationen vare mere eud 5 a 6 Minuter, og hvis det ikke er lykkedes at faae knuust Stenen tilstrækkeligt i den Tid, maa man hellere afbryde og vente nogle Dage eller indtil en Uge med at gjentage Operationen.

De saae nu, m. H., hvorledes jeg bar mig ad med at indføre Lithoclasten og fatte Stenen, men der kom saamegen Contraction af vesica, at det injicerede Vand udtømtes; jeg sprøitede da noget ind paany, men da det Samme gjentog sig og jeg ikke vilde knuse længere, naar vesica var blevet tom, opgav jeg at fortsætte Operationen idag, endskjøndt jeg kun havde opnaaet et meget ringe Resultat.

Vi komme altsaa nu, m. H., til den anden Patient, der lider af den samme Sygdom, og paa hvem jeg skulde gjøre Lithotomi.

Selve Operationen vil ikke optage megen Tid, og i Almindelighed varer en Lithotomi heller ikke saa længe som en lithoclastisk séance; men jeg skulde dog forinden tale til Dem om, hvorfor jeg vil foretage Lithotomi paa Patienten og hvorledes jeg vil foretage den.

Det har jevnligt i de senere Decennier været et Discussions-Thema imellem Chirurgerne, om Lithotomi eller Lithoclastik skulde betragtes som den rette Operation for calculi vesicales. De fleste Chirurger ville dog nu være enige i, at begge Operationer ere lige berettigede, men at de have forskjellige Indicationer, og for det Meste vil man i et givet Tilfælde kunne afgjøre, hvilken der bør vælges.

Saaledes kan man vel betragte det som afgjort, at Lithotomien benyttes af de Fleste hos Børn, dernæst at den absolut er indiceret ved meget store Steen — paa den anden Side vil man hos Voxne, der have en lille Steen (indtil 1 Tomme i Diameter) og nogenlunde sunde Urinveie, foretrække Lithoclastik. Naar derimod Stenen er af Middelstørrelse, f. Ex. henad 2 Tommer, kan maaskee Lithotritien være brugelig, men Chirurgen vil dog snarest vælge Lithotomi, hvis ikke den Syges Constitution afgiver en Contraindication; Erfaringen har nemlig lært, at den sidstnævnte Operation er i høi Grad farlig hos visse Individer, f. Ex. hos meget fede Personer; derimod kan man ikke betragte Sygdommen i selve Urinorganerne for Contraindication, tvertimod: ved en hypertrophia prostatæ og ved en betydelig purulent cystitis vilde jeg altid foretrække Lithotomien, og hvad Renalaffectioner angaaer, navnlig pyelitis — der destoværre er en hyppig Følge af langvarige Forstyrrelser i Urinexcretionen —, da have disse en saa slet Prognose, at hverken den ene eller den anden Operation giver noget stort Haab om et heldigt Udfald, saaat man maaskee kunde være opfordret til aldeles ikke at operere; men ialtfald vilde jeg aldrig vælge en Lithoclastik,

da der i disse Tilfælde næsten constant er en større Steen, som vilde kræve mange Gjentagelser af Knuusningen.

Jeg vil imidlertid idag ikke kunne faae Tid til at dvæle længere ved dette Punct; vi ville maaskee i een af de senere Forelæsninger komme tilbage dertil, men foreløbig skulle vi beskjæftige os med det foreliggende Tilfælde.

Det er en Mand paa 40 Aar (Couleurt), som fornylig er kommet hertil fra Vestindien for at blive helbredet for en „Steen, som ingen af Lægerne derovre vilde operere"; saaledes lyder idetmindste hans Referat. Han har været 2 Maaneder underveis — med et Seilskib — og var i høi Grad medtaget, da han naaede hertil. idet han hele Tiden havde havt heftige tenesmi urinarii, maatte lade Urinen hvert 5te Minut og hverken kunde spise eller sove. En Læge her i Byen, som han henvendte sig til, havde undersøgt ham og sagt, at han havde en Steen, som skulde knuses, men Patienten havde liidt saameget ved Undersøgelsen og var i det Hele saa smertefuld, at han foretrak at komme herind i Hospitalet og faae Stenen fjernet paa een Gang.

Han er endeel febril, overordentligt nervøs og sensibel, ømmer sig ved enhver Berørelse og Bevægelse, ligger ligesom sammenkrympet i Sengen og kan næppe faae et Øiebliks Ro for den vedholdende Stranguri. Urinen er plumret, tyk og afsætter et purulent Bundfald. Det var meget tydeligt ved den første Sondering, at han havde en stor calculus, men jeg har ikke undersøgt ham senere, fordi han er saa smertefuld, og jeg har desuden faaet den Overbeviisning, at her ikke kan gjøres Andet end Lithotomi.

Hvorledes har jeg da kunnet erkjende, at Stenen var stor? Det viser sig derved, at Steensonden strax stødte paa en calculus og vedblev at følge den overalt inde i vesica; jeg skurede et langt Stykke op af den og kunde knap bevæge Sonden til Siderne, Havde det været en lille Steen, vilde den ikke have opfyldt vesica saa meget, den vilde være gledet af Veien for Instrumentet og undertiden være ligesom forsvundet. Desuden kunde jeg igjennem rectum føle et fast Legeme inde i vesica, og selv om jeg ikke havde havt disse objective Tegn, vilde jeg af de betydelige og langvarige Symptomer kunne antage næsten med Sikkerhed, at Stenen maatte have et temmelig stort Volumen.

De kunde maaskee spørge, hvorfor jeg ikke har maalt Stenens Diameter ved at indføre en Lithoclast og fatte den imellem de 2 Brancher. Vistnok vilde jeg paa den Maade have faaet nøiagtigt Maal af Størrelsen, men for det Første vilde jeg paa Grund af vesica's irritable Tilstand ikke explorere for meget og dernæst kunde denne Undersøgelse ogsaa være farlig. Jeg var nemlig fra det første Øieblik paa det Rene med, at her skulde gjøres Lithotomi, thi ved en saa udviklet cystitis og saa sensible Urinveie vilde jeg ikke vove at knuse en større Steen, og hvis jeg nu havde fattet denne i en Lithoclast, kunde jeg let have knuust noget af Skallen og derved faaet smaa Fragmenter, der yderligere havde irriteret vesica, ligesom jeg ogsaa vilde have vanskeliggjort Extractionen efter Lithotomien, naar jeg foruden den egentlige Steen havde smaa løsrevne Stykker at fjerne. Jeg kunde maaskee endog udsætte mig for at lade et lille Fragment tilbage; ialtfald vil jeg raade Dem,

naar De ville maale en Steen inde i vesica, da at bruge en Lithoclast med glatte Skeer, hvorved De snarere ville undgaae at afbrække Stykker af Skallen. Rigtignok kunde jeg ved Lithoclasten have afgjort, om det, der hos Patienten udfyldte vesica, var een stor eller flere mindre calculi; thi naar jeg havde faaet eet Concrement fattet imellem Instrumentets Skeer og nu dreiede det om til Siderne, vilde jeg kunne føle en Skuren, hvis der var mere end det ene; men det vilde ikke have forandret Indicationen, eftersom jeg ligesaalidt vilde prøve paa at knuse to smaa som een stor Steen hos denne Patient. I begge Tilfælde var der dog en stor Masse, der skulde udtømmes igjennem urethra efterat være deelt i meget smaa Fragmenter, og enten denne Masse indeholdtes i een eller i to Steen, vilde den dog kræve mange Gjentagelser af Lithotritien, hvilke denne Syge absolut ikke kunde taale.

Vi ville altsaa antage det for givet, at der skal foretages Lithotomi og skulle derfor blot tale om, hvorledes den skal udføres.

De vide, m. H., at naar man skal gaae ind i vesica fra perinæum, er den eneste sikkre Vei at gaae igjennem collum vesicæ; gik man igjennem den forreste eller den bagerste Væg, kortsagt igjennem corpus, vilde man faae en diffus Urininfiltration. Men hvor i perinæum skal man nu gjøre Incisionen? Man kan gjøre den i linea media (raphe) eller i den nederste Deel af rectum, eller man kan, som Dupuytren, gjøre et Bilateralsnit, eller endelig gjøre en Incision paa venstre Side af Midtlinien og saa successivt gaae op til collum, idet man passerer igjennem en Deel af urethra. De huske jo, at collum ikke ligger frit, men man

kan kun komme til den ved at gjennemskjære prostata, og for at naae ind igjennem pars prostatica maa man gaae igjennem pars membranacea. Alle de forskjellige Incisioner gaae derfor ud paa at søge ind til pars membranacea.

Grunden til at man gaaer igjennem pars prostatica og collum er den, at her findes en aponeurotisk vagina, som hindrer Urininfiltrationen, og man skal derfor passe vel paa, at man ikke gjennemskjærer den. I de chirurgiske Haandbøger hedder det, at man kan enten incidere prostata saameget, at calculus kan gaae ud igjennem Incisionsaabningen, eller man kan gjøre en lille Incision og saa dilatere Vævet forresten. Men jeg troer, at de tidligere Forfattere ikke have gjort sig Forholdet rigtig klart; de have meget nøiagtigt undersøgt, i hvilke Retninger man skulde incidere prostata for at faae saa stor en Udgangsaabning som muligt; saaledes har Malgaigne i sin chirurgiske Anatomi meddeelt en Række Forsøg, han har gjort paa Cadavere, hvor han snart har foretaget Incision lige bagtil, snart til Siden, snart oblique, snart samtidig i flere Retninger fra urethra udad imod Glandlens Grændser. Disse Undersøgelser kunne vel have nogen Interesse, men det er dog urigtigt naar man vilde forestille sig, at en Steen i Almindelighed gik ud igjennem Incisionen. I England, hvor man snarest skal søge den practiske Løsning af dette Spørgsmaal, fordi man der har gjort en større Mængde Lithotomier end i de fleste andre europæiske Lande, i England holder man paa, at det er sphincter vesicæ, der skal incideres, da det er den, der gjør Modstand, og den maa ikke rives igjennem; men naar den er incideret, saa

kan man uden Skade sønderrive prostata, idetmindste til en vis Grad.

Tænk Dem, hvor stor — eller rettere sagt, hvor lille — prostata er under normale Forhold, omtrent som en Valdnød, og De ville da let indsee, at en calculus, som ofte er meget større, ikke kan bringes ud igjennem en Incisionsaabning i prostata, men kun kan passere ved at Vævet rives istykker og udvides. Man har jo taget calculi ud, som have været 2—3 Gange saa store som hele prostata, og saadanne kunne naturligviis ikke fjernes uden en enorm Udvidning. Altsaa: prostata og Aponeurosen om den skal dilateres, sphincter skal incideres.

Med Hensyn til Fremgangsmaaden vil jeg her holde mig til den laterale Methode, der i den senere Tid har fortrængt Dupuytrens Bilateralsnit, som i et Par Decennier blev anvendt meget hyppigt. Operationen er simpel nok at udføre paa et Cadaver, men maa dog regnes til de alvorligere paa Levende. Først chloroformerer jeg Patienten, derpaa indføres Itinerariet, og man maa altid erindre at gjøre dette førend den Syge placeres i Lithotomistillingen. Man overgiver da dette Instrument til en Medhjælper at holde, og da det er af stor Vigtighed at det holdes rigtigt, saa maa man have en paalidelig Assistent til at besørge denne Deel. Man maa være sikker paa, at han ikke forglemmer sin Rolle og af Iver for at faae Operationen at see tillader Itinerariet at forskyde sig til een af Siderne; er det en uøvet Medhjælper maa man indskjærpe ham, ikke at see efter Operationen i perinæum.

Her har jeg det Itinerarium, jeg vil benytte; af de 2 Kanter, som begrændse Furen, der er meget dyb, er den

ene (venstre) noget lavere end den anden; naar Kniven nu føres ind i denne Fure, bliver Forholdet det samme som om Furen laae paa venstre Side. Et saadant bruge de engelske Chirurger nu almindeligt.

Patienten skal dernæst lægges i en bestemt Stilling og fixeres i den; beggge Fødder trækkes saa høit op, at de kunne fæstes til hans Hænder, enten ved Bind eller, som jeg pleier at gjøre det, ved en Bracelet, der spændes ovenfor Haanden, og med en Hage heftes sammen med en tilsvarende Krog i en Sko, som man giver den Syge paa. Nu trækkes han saa langt frem. at nates ligger udenfor Randen af Bordet. Operatøren lægger sig da paa Knæ eller, hvad jeg foretrækker, sætter sig paa en lav Tabouret foran perinæum; de Iustrumenter, man skal bruge, har man liggende paa en Bakke paa sin høire Side, saaat man selv kan tage dem eftersom de skulle benyttes.

Her see De Instrumenterne: 2 meget langskaftede Knive, een til at skjære ind med — den er spids og med en lidt convex Æg — og een boutonneret, en stump Gorgeret. flere Tenetter, og endelig et tykt, elastisk Rør samt et Drainrør. Som et ret practisk Træk af Professor Syme vil jeg fortælle Dem, at han pleiede at have sine Knive i et lille særskilt Bestik, som han bar hos sig, og han tog dem først frem, naar han begyndte paa Operationen; han bemærkede da til mig, at han ikke vilde udsætte sig for at Kniven havde taget Skade, naar han skulde til at bruge den, og det var et Factum, hvilket han ofte havde iagttaget, at naar Lithotomen laae fremme førend Operationen, vilde een eller anden af Assistenterne eller af de øvrige Tilstedeværende tage Kniven, undersøge den og

maaskee tabe den paa Gulvet eller ialtfald ved Ubehændighed komme til at ødelægge Spidsen, saaat den ikke kunde bruges, naar han vilde til at skjære med den. Jeg fortæller Dem dette, fordi De derved maaskee lettere erindre, at Spidsen paa Deres Lithotom nødvendigviis maa være uskadt for at De kunne udføre Operationen uden at møde Vanskelighed ved Incisionen af urethra.

Da Patienten nu er chloroformeret og det indbragte Itinerarium har følt Stenen, skal jeg blot med et Par Ord omtale, hvorledes jeg vil foretage Lithotomien. Jeg gjør Incisionen, idet jeg stikker Kniven ind paa venstre Side af raphe, lidt — ca. 1″ — foran anus, og fører den skraat bagtil og udad, omtrent midt imellem tuberositas ischii og orificium ani. Jeg søger nu ind imod det Parti af Itinerariet, som ligger i pars membranacea, og naar jeg har følt Furen med en Finger af venstre Haand, stikker jeg Kniven igjennem og skyder den frem igjennem hele pars membranacea og pars prostatica ind i vesica; idet jeg trækker den tilbage, gjennemskjærer jeg baade sphincter vesicæ, lidt af prostata og de andre Dele i perinæum i Retning af det udvendige Snit, saaat hele Saaret faaer en conisk Form med Spidsen inde i vesica og Basis imod Huden.

Venstre index føres derpaa heelt op i vesica, Itinerariet udtages, den stumpe Gorgeret ledes ind paa Fingren, som da kan trækkes ud, Tenetterne indbringes, fatte Stenen, og nu extraheres denne lempeligt, idet man erindrer, at den skal følge Axen af pelvis. Operationen kan maaskee være fuldført i kortere Tid, end jeg har brugt til at beskrive Dem den, og hvis der ikke viser sig nogen Hæmor-

rhagi, indbringes strax Røret, hvorigjennem Urinen skal afgaae i de første Par Dage.

Dette Rør er vistnok ikke nødvendigt og mange Operatører anvende det slet ikke, men jeg har for det Meste indlagt det, idet jeg derved fulgte den Praxis, som tilraades af mange engelske Chirurger; undertiden har man brugt det, omgivet af en „chemise“, et sækformet Stykke Lærred, som er bundet fast omkring den indvendige Ende af Røret, men ligger løst udenom den øvrige Deel af dette; chemise'n skulde være til Nytte ved Hæmorrhagi fra Saaret, idet man stoppede den ud med Vat eller Charpi og derved udøvede et excentrisk Tryk imod de blødende Puncter.

27.

Lithotomia.

Mine Herrer!

De saae mig for ca. 2 Maaneder siden foretage en Lithotomi; Patienten skal nu snart udskrives og jeg vil derfor, inden han forlader os, tale til Dem om de Complicationer, der ere indtraadte efter Operationen, og tillige vil jeg benytte Timen til at omtale de forskjellige Methoder, man kunde bruge ved at udføre Lithotomi.

De erindre, at Stenen, som jeg dengang udtog, var omtrent 2 Tommer i sin længste Diameter, den var afrundet, oval, uden Facetter; jeg kunde altsaa antage, at der ikke fandtes flere calculi i vesica, men for en Sikkerheds Skyld bør man dog efter Extractionen undersøge med en Steenskee igjennem Incisionen. De saae forøvrigt at Stenens Volumen voldte nogen Vanskelighed ved Extractionen, som jo er let at forstaae, naar De tænke paa Dimensionerne af prostata og hvormeget den maa udvides for at gjøre Plads for en saa stor Steen. Rigtignok dilateres Incisionen i prostata ved Indbringelsen først af Fingren, dernæst af Tenetterne, men da jeg af den Afstand, som disses Brancher havde fra hinanden, kunde vide, at Stenen ikke vilde

komme let ud, førte jeg den boutonnerede Lithotom ind og gjorde nogle smaa Snit til flere Sider. Jeg havde uheldigviis fattet Stenen i dennes største Diameter, og jeg kunde ikke med Fingren naae høit nok op til at lægge den bedre tilrette, da vesica her laae meget dybt. Der var ikke nogen betydeligere Hæmorrhagi, hvilket der jo i det Hele ikke pleier at være, idet man for det Meste kun overskjærer smaae Arterier, navnlig a. transversa perinæi.

Efterat Canylen var indlagt, afgik Urinen godt dergjennem, og det er det Vigtigste, man har at passe, at den ikke tilstoppes; seer man, at Urinen ophører at flyde ud, maa man strax sørge for at faae Røret renset for de Blodcoapler, som kunne have fyldt det. Hvis man ikke har indlagt nogen Canyle, afgaaer Urinen i Almindelighed igjennem Saaret i de første 8—14 Dage, derpaa afgaaer den partielt igjennem penis indtil Incisionen er lægt efter 3—4—5 Ugers Forløb. Undertiden kan der dog snart efter Operationen afgaae Urin af den normale Vei, hvis nemlig Svulsten omkring Incisionen for en kort Tid lukker denne til, men saasnart den inflammatoriske Hævelse har tabt sig, ophører atter Udfloddet igjennem glans.

Patienten havde det altsaa godt de første Dage, Canylen udtoges, men da fik han en meget stærk Kulderystelse, som varede i en Time, og tillige kom der endeel Blødning fra Saaret. Jeg frygtede da for at det kunde være en begyndende Infection, som netop ofte viser sig ved secundære Hæmorrhagier, idet de Coagler, der ere dannede i Arterierne, opløses og nu ikke længere kunne holde Blodet tilbage. Jeg cauteriserede da hele Saaret stærkt, hvorefter Blødningerne standsede; Feberrystelsen gjentog sig heller ikke,

men der kom en erysipelas, som fra Saaret strakte sig op over begge nates, dog uden at gaae videre. Hans Tilstand bedredes atter, men nu indtraadte en ny Complication, som hører til de sjeldneste Tilfælde. Der hengik nemlig næsten 3 Uger uden at Urinen udtømtes igjennem penis, og han klagede over, at der kom saameget Gruus ud igjennem perinæum. Ved Undersøgelsen fandtes ikke blot Saaret bedækket med phosphatisk Gruus, men Aabningen var næsten tilstoppet af den samme Masse, som sad saa fast, at jeg maatte trække den løs med en Pincet, og inde i vesica var der ligeledes en Udfyldning deraf, som fjernedes med endeel Vanskelighed.

Han fik, kort efter at jeg havde fjernet disse Concrementer, et let Anfald af Urethralfeber, men den standsede snart og hans Almeenbefindende har derpaa været godt; derimod vedbleve disse phosphatiske Masser at udskille sig i længere Tid. De dannes naturligviis paa samme Maade som de phosphatiske Steen ellers dannes i vesica, ved Decomposition af Urinen, og det kan være meget vanskeligt at faae Bugt med denne Complication. Man har raadet Injection af Eddikesyre i Saaret, saavelsom at give Benzoesyre indvendig for at gjøre Urinen suur; det Middel, som jeg saae størst Nytte af, var varme Bade, og nu er han, som sagt, heelt rask. Man kan vide, at dette Tilfælde maa høre til de meget sjeldne, thi det omtales saagodtsom ikke i de chirurgiske Haandbøger; jeg har kun hos Henry Thompson fundet et Par Bemærkninger derom.

Inden jeg slutter idag vil jeg dog tale lidt til Dem om Lithotomier i Almindelighed. De Fleste af de Tilstede-

værende have vel oftere seet mig udføre denne Operation, men i det Hele maa den siges at høre til de sjeldnere her paa dette Hospital. Det kommer vel tildeels af, at Sygdommen ikke forekommer meget hyppigt hertillands, men desuden indlægges, som bekjendt, de fleste Operationspatienter fra Provindserne paa Communehospitalet, saaat jeg ikke har havt mere end c. 30 Lithotomier i disse 10 Aar; deraf har der været 2 Recto-vesicalsnit, 4 eller 5 mediane, forresten laterale Lithotomier. Jeg har aldrig foretaget nogen Operation over symphysis (sectio alta).

Det laterale (ogsaa kaldet „lateraliserede“) Snit er indført i England i forrige Aarhundrede, skjøndt vistnok kjendt tidligere af Cheselden, og der er vel intet Sted i Verden, maaskee med Undtagelse af Rusland, hvor saa mange Lithotomier blive udførte med lateralt Snit og med saameget Held som i England. H. Thompson, som har skrevet en meget værdifuld Afhandling om Lithotomien og Lithotritien, har samlet et Materiale af henimod 2000 Tilfælde, alene i England. Alle ere opererede ved Lateralsnit. Resultatet er især forskjelligt eftersom Patienten er opereret i en tidligere eller i en ældre Alder. Tidsrummet fra 6—15 Aar giver mærkværdig heldige Resultater: der var kun 1 af ca. 20, som døde; i den høiere Alder var der dermod 1 af 3, og naar man regner alle Tilfældene sammen, var der omtrent 1 af 7, hvilket maa betragtes som et overordentligt godt Resultat. En berømt Chirurg i Aberdeen, Dr. Keith, som døde for et Par Aar siden, har viist mig en Samling af ca. 400 Steen, som han havde udtaget, og fortalt mig, at hans Mortalitet var endnu mindre. Destoværre har Forholdet her paa Hospitalet viist sig langt

sletterc, saaat der endog har været ca. $^1/_3$ Døde, men de fleste Opererede have været gamle. Sex Patienter vare over 70 Aar, og deraf endog to over 80, alle disse døde; jeg har kun havt 5 Patienter under 15 Aar, og disse kom sig med Undtagelse af en Dreng, som allerede før Operationen havde begyndende Uræmi. I det Hele kommer man vel til at erkjende, at naar Døden indtræffer efter en Lithotomi, er den sjeldent en Følge af Operationen selv, men af forskjellige Complicationer, som vare tilstede før Operationen, især Renalaffectioner.

I Frankrig bruges den laterale Methode meget lidt; den af Dupuytren indførte bilaterale Lithotomi anvendes nu heller ikke saa ofte, derimod har man efter Nélaton paany optaget sectio mediana eller Mariana, rigtignok endeel modificeret. Nélaton udførte den paa en egen Maade, med en lille Incision foran anus — derpaa dissekerede han sig op til prostata, gjennemskar denne med et temmelig lille Snit og nu extraherede han Stenen uden Dilatation, eller hvis Stenen var for stor, knuste han den inde i vesica med en ualmindelig svær Tang, som indbragtes igjennem en tragtformig Cylinder, der forceredes op i vesica ved at skrues frem som en Proptrækker.

Den Nélaton'ske Operation har heller ikke kunnet holde sig, ligesaalidt som den perinæale Lithotritie, der skyldes een af hans Elever, den nylig afdøde Professor Dolbeau. Denne gjør en Incision i Midtlinien af perinæum, og derigjennem baner han sig Vei til vesica for at knuse Stenen og extrahere den. En Incision i linea media er altid mindre farlig end ud til Siderne, fordi man er mindre udsat for stærke Blødninger; men naar man skjærer ind i

raphe for at komme til pars membranacea, maa man vogte sig for at lædere bulbus, hvilket let kan skee. Blødningen herfra er dog ikke saa farlig som man tidligere forestillede sig, thi den er kun parenchymatøs. Er nu pars membranacea aabnet, indføres et Dilatationsinstrument, som efter en langsom Udvidning trænger ind igjennem collum vesicæ og saaledes baner Vei for Indbringelsen af hans særegne, smalle, men meget kraftige Tenetter. Fordelen ved Methoden skulde være, at man slap for at incidere den dybere Deel af urethra, der kun skulde dilateres saameget, at den knuste Steen kunde fjernes derigjennem. Men det er meget vanskeligt at faae alle de smaa Stykker extraherede igjennem den lille Aabning, og Dolbeau har selv brugt $^3/_4$ Time til denne Deel af Operationen; andre Chirurger have endog ikke kunnet bringe Extractionen tilende.

Imidlertid har Dolbeau selv havt et sjeldent Held med sin Methode, idet han har foretaget 21 saadanne Lithotomier i Træk uden et eneste Dødsfald, men han anvender den kun, hvor Stenen er saa lille (under en Tomme), at den maaskee godt kunde være fjernet ved den almindelige Lithotritie. Man maa ogsaa betænke, at man ved at anvende lidt for megen Kraft til Dilatationen kan sprænge urethra og collum vesicæ, og derved kommer man saa til den gamle sectio Mariana, hvis Farlighed netop bestod i, at man sprængte Vævene istedetfor at incidere dem. Hvis Dolbeau's Methode lykkes, helbredes den Syge i Almindehed langt hurtigere end ved andre Lithotomier, fordi den lille Incision læges langt lettere.

Jeg har ikke havt Leilighed til at prøve denne Methode, tildeels fordi Dolbeau's Instrumenter ikke findes her, men naar jeg har gjort en almindelig Median-Lithotomi har det været i saadanne Tilfælde, hvor jeg havde diagnosticeret en lille Steen, og det er vistnok kun under disse Omstændigheder at man bør bruge den; ved den laterale Methode kan man bedre faae en større Steen extraheret, og hvis endelig Stenen er saa stor, at jeg ikke engang har antaget Lateralsnittet for tilstrækkeligt, har jeg gjort Recto-vesicalsnit.

Lateralsnittet kan vel siges at passe for de fleste Steen, som i det Hele indicere Lithotomi, og det er af Anatomien indlysende nok, at dette Snit maa give større Plads end enten det mediane eller det bilaterale. De huske jo fra Accouchementslæren, at apertura inferior pelvis, igjennem hvilken Stenen skal uddrages, har forskjellige Diametre: conjugata, transversa og obliqua. Baade transversa, der svarer til Bilateralsnittet, og conjugata, der svarer til Mediansnittet, ere mindre end obliqua, og nu er det jo netop i venstre diameter obliqua, at Lateralsnittet falder. Ved Mediansnittet (conjugata) formindskes Pladsen ved at man hindres af bulbus fortil og rectum bagtil, ved Bilateralsnittet (transversa) hindres man af den snævre Plads imellem rami ascendentes ischii, men ved Lateralsnittet har man en langagtig Oval, hvis bagerste Udhuling er dannet af Ligamenter (sacro-ischiaticum), som snarere kunne give efter end de ossøse Vægge. Man skal derfor ogsaa erindre, at Uddragningen af en Steen foregaaer paa samme Maade som naar man ved Accouchement fremdrager Barnet, nemlig ved at følge Axen af pelvis; hvis man ved

en stor Steen vilde trække lige ud, vilde man hindres af den spidse Vinkel under arcus infra pubem, derimod skal man trække nedad (imod det „bagerste udhulede Hjørne") hvor der er størst Plads. Dr. Keith pleiede at give sine Elever den Regel, at naar de extraherede en calculus, skulde de sige til sig selv „ned, ned, ned", saa fik de den nok ud.

Det er ogsaa af Dr. Keith saavelsom af Dr. Butcher i Dublin at jeg har lært at bruge en „Gorgeret", hvilket Instrument de Fleste betragte som obsolet; jeg antager ingenlunde at det er nødvendigt, jeg har ikke heller brugt det i alle mine Operationer, men man letter sig ialtfald derved Indførelsen af Tenetterne, og jeg troer at kunne anbefale det til Dem, idetmindste de første Gange at De foretager en Lithotomi. Naar man er blevet noget mere øvet, kan man naturligviis lægge Gorgeretten tilside.

I Analogi med hvad De høre i Accouchementslæren vil jeg ogsaa erindre Dem om, at Extractionen af en Steen bør foretages lempeligt, langsomt, maaskee lidt vrikkende, hvis den ikke kommer meget let ud. Mærke De altfor stor Modstand, saa gjør hellere een eller flere Dilatationer med Kniven; det er mindre farligt end at anvende Vold, hvorved der kunne skee slemme Sønderrivninger.

Der er endnu eet Punct, ved hvilket jeg maa opholde mig nogle Øieblikke, og det er Operationens Farer. Disse ere deels hurtigt indtrædende Tilfælde (shock, Uræmi), deels mere chroniske, saasom Sænkninger, endelig de sjeldnere Saarsygdomme som Tetanus eller Pyæmi; men især maa

man vogte sig for Urininfiltration og Hæmorrhagier. For at undgaae Urininfiltration maa man passe, at Saaret i Integumenterne er stort nok til at Urinen ikke holdes tilbage; af samme Grund er det, at man tilraader Indlæggelsen af et Drainrør, men desuden bruger jeg ofte at cauterisere hele Saaret med en svag Opløsning af Chlorzink (1—20).

Denne Cauterisation kan gjøre Nytte paa flere Maader, idet den baade kan beskytte Cellevævet imod Infiltration i Almindelighed og tillige imod Absorption af putride Stoffer; man har i den nyere Tid erkjendt, at Absorption af ammoniacalsk Urin især er farlig for Organismen, og denne Fare modarbeides ved Chlorzinken. anvendt paa ovennævnte Maade. Forøvrigt bør man ogsaa i samme Øiemed udskylle vesica godt før Operationen, naar Urinen er stinkende.

Blødning kan dernæst ogsaa være farlig; den kan komme deels fra de normale Dele, deels fra abnormt forløbende eller meget udviklede vasa. A. pudendalis communis kan under normale Forhold og ved Anvendelse af den fornødne Forsigtighed næppe læderes, da den ligger skjult langs med den indvendige Flade af pelvis; derimod faaer man jevnligt Hæmorrhagi fra a. transversa perinæi eller aa. hæmorrhoidales, men de kunne fattes og underbindes; ligeledes standser man i Almindelighed uden stor Vanskelighed Blødning fra en Incision i bulbus. Det Farligste er egentligt Abnormiteterne: a. dorsalis penis kan forløbe abnormt, og naar den læderes kan Hæmorrhagien paa Grund af dens dybe Leie maaskee vanskeligt standses; endvidere kan der findes en abnorm rigelig Udvikling af

det vasculære Væv omkring prostata, og jeg har havt et dødeligt Tilfælde, hvor Blødningen derfra vistnok var medvirkende til det lethale Udfald; ogsaa som hæmostaticum kunde Chlorzinken være indiceret, men da maatte man vel bruge en stærkere Opløsning end den, jeg ovenfor har angivet.

Hvis jeg skulde udtale mig om Lithotomiens Farlighed saaledes som den stiller sig for mig efter den rigtignok meget*) begrændsede Erfaring, jeg har, da vilde jeg sige, at Operationen selv ikke forekommer mig at sætte Patientens Liv i stor Fare. Vistnok døe en stor Deel af de Opererede, men det gaaer med Lithotomien som med mange andre Operationer, der ere ansete for at være i høi Grad farlige, f. Ex. Herniotomier og Trepanationer, at Faren mere beroer paa Sygdommen end paa den operative Behandling. Faren ligger nemlig deri, at Lithotomier ialmindelighed kun udføres i farlige Tilfælde, hvor enten Stenen er meget stor eller Urinveiene meget syge, og Chancerne for Operationen ville endog blive slettere i Fremtiden, fordi Lithoclastiken nu tager saagodtsom alle de simplere Tilfælde til Indtægt. H. Thompson siger endog i nogle Forelæsninger, som han fornylig har holdt, at Lithotomi-Operationer efterhaanden ville forsvinde, fordi man vil lære at diagnosticere Sygdommen i et saa tidligt Stadium, at enhver Steen vil kunne fjernes ved Knuusning.

Imidlertid troer jeg at Lithotomien deels vil vedblive at existere for at helbrede calculi hos smaa Børn, deels maaskee i Fremtiden vil stille sig aldeles forskjellig fra

*) 28 Lithotomier.

den nuværende Operation — nemlig hvis den kan udføres antiseptisk. Lister har ofte talt om, at man vistnok burde prøve paa at komme tilbage til den gamle lithotomia suprapubica, der maatte kunne gjøres efter almindelige antiseptiske Regler, og da vilde være fri for endeel af de Farer, som nu findes ved den almindelige Lithotomi.

